Niveau(x) d'enseignement: 0 Numéro EDUQ : 8570582
Centre d'intérêt: 851

Opération sciences de la santé.

O.S.S., Opération sciences de la santé : rapport final. 2, [Les problèmes et les solutions spécifiques] / [pour le] Ministère de l'éducation en collab. avec le Ministère des affaires sociales. -- [Québec] : Les Ministères, 1976.
p. 197-540 ; 28 cm.

Guy Saucier, président. En tête du titre: Planification sectorielle de l'enseignement supérieur. Code: 37-4045. Notes biuliogr. au bas des p.

Cote Dewey: 610.7/061o Cote LC: R/834

Descripteur(s): *Sciences de la santé *Plan de développement *Programme de formation *Service de santé *Service social *Hygiène dentaire *Psychothérapie *Biologie *Recherche scientifique *Rôle de l'université *Universitaire (Niveau)

Le deuxième volume du rapport final de l'Opération sciences de la santé aborde les problèmes et les solutions spécifiques aux domaines suivants: l'administration des services de santé et des services sociaux, l'assistance médicale, la médecine dentaire, la diététique, le premier cycle en médecine, l'internat et la résidence, la pharmacie et la pharmacie clinique, l'acupuncture, la naturopathie, la podiatrie, la chiropratique, le service social en milieu de santé, la psychothérapie, l'audiologie et l'orthophonie, la physiothérapie, l'ergothérapie, l'inhalothérapie, l'optométrie, la biochimie, la biologie, la microbiologie, la médecine vétérinaire, les sciences infirmières et la recherche scientifique. Le dernier chapitre traite de l'évolution dans le domaine de la santé.

Les solutions présentées dans ce rapport aux différents problèmes sectoriels insistent et s'appuient sur le rôle social de l'université qui doit devenir un agent de changement dans les domaines de la santé et du maintien de la compétence professionnelle. Ces solutions spécifiques démontrent enfin qu'il est possible de marquer de façon concrète l'orientation vers un élargissement du "concept santé", et que l'apport des universités peut être, à cet égard, original et décisif.

Type de document: q
Notice(s) connexe(s): 8570581

EDUQ 8570582

Planification sectorielle de l'enseignement supérieur

O.S.S.

Opération Sciences de la Santé

RAPPORT FINAL
PARTIE II

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION

En collaboration avec le:
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES

AVRIL 1976

37-4045

EDUQ 8570582

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION
DIRECTION GÉNÉRALE DE
LA PLANIFICATION

Planification sectorielle de l'enseignement supérieur

O.S.S.

Opération Sciences de la Santé

RAPPORT FINAL
PARTIE II

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION

En collaboration avec le:
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES

AVRIL 1976

37-4046

OPERATION SCIENCES DE LA SANTE

RAPPORT FINAL

PARTIE II

Le Comite directeur:

M. Guy Saucier, president
M. Louis Berlinguet
M. Charles Bernard
M. Rene Boileau
M. Louis-Paul Dugal
M. Jean-Paul Lussier
M. Gilles Pigeon
M. Hugh Scott
M. Jean-Yves Tremblay, secretaire executif
M. Roland Stafford, coordonnateur

Avril 1976

PRESENTATION

Le Comité directeur de l'Opération Sciences de la Santé (OSS), lancée en 1972 par le ministère de l'Education en collaboration avec le ministère des Affaires sociales, est heureux de vous présenter son rapport final. L'OSS complète ainsi trois années d'activités au cours desquelles, tant le Comité directeur, que la permanence et les responsables de dossiers ont tenu à garder un contact étroit avec les universités, les corporations professionnelles et les organismes gouvernementaux et à maintenir avec eux, un dialogue constant.

Ce rapport final est l'aboutissement d'un long processus d'analyse et de consultation, processus qui s'est appuyé sur une vingtaine de rapports présentés sous la signature des responsables de dossiers, sur un mini-colloque, sur une série de travaux confiés par commandites à des universitaires et sur de nombreuses rencontres et discussions avec des directeurs de départements, des professeurs, des étudiants et des dirigeants de corporations professionnelles. De ces dossiers et de ces rencontres, le Comité directeur de l'OSS en a fait une synthèse qu'il a soumis à la discussion avant de compléter son rapport final au Ministre de l'Education. Ainsi donc ce rapport final tient compte des interventions soumises par les universités, les corporations professionnelles et les organismes gouvernementaux et recueillies lors des consultations tenues à cet effet.

Nous tenons à remercier tous les organismes intéressés pour leur active collaboration à toutes les phases de l'Opération et nous espérons que ce document leur sera utile dans la compréhension du monde complexe de la formation dans le secteur de la santé.

Le Comité directeur.

OPERATION SCIENCES DE LA SANTÉ

RAPPORT FINAL

PARTIE II

Le Comité directeur:

M. Guy Saucier, président
M. Louis Berlinguet
M. Charles Bernard
M. René Boileau
M. Louis-Paul Dugal
M. Jean-Paul Lussier
M. Gilles Pigeon
M. Hugh Scott
M. Jean-Yves Tremblay, secrétaire exécutif
M. Roland Stafford, coordonnateur

Avril 1976

PARTIE II - LES PROBLEMES ET LES SOLUTIONS SPECIFIQUES

RECUEIL DES RECOMMANDATIONS 197

CHAPITRE 6 - ANALYSE DES PROBLEMES SECTORIELS ET PROPOSITION DE SOLUTIONS SPECIFIQUES 229

6.0 Introduction 229

6.1 L'ADMINISTRATION DES SERVICES DE SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX 231

6.1.1 La situation actuelle 231

6.1.1.1 Données sur les programmes d'enseignement 231

6.1.1.2 Donnees sur la capacité d'accueil du marché 232

6.1.1.3 Maintien de la compétence 235

6.1.2 Problematique 236

6.1.3 Hypothèses de développement au titre de la formation universitaire en administration des services de santé 239

6.1.4 Recommandations (6.1.4.1 à 6.1.4.6) 241

6.2 L'ASSISTANCE MEDICALE 243

6.3 LA MEDECINE DENTAIRE 244

6.3.1 Etat de la question 244

6.3.1.1 Les effectifs de la profession dentaire 244

6.3.1.2 Les programmes de formation des facultés dentaires au Québec 246

6.3.2 Problématique 253

6.3.3 Hypothèses de développement 260

6.3.3.1 Augmentation des nombres actuels des diplômes des écoles dentaires sans modification par rapport à la situation actuelle 260
6.3.3.2 Generalisation de la fluoration 261
6.3.3.3 Modèles d'equipes dentaires 261
6.3.4 Recommandations (6.3.4.1 à 6.3.4.12) 263

6.4 LA DIETETIQUE 265
6.4.1 La situation actuelle 265
6.4.1.1 Les données sur la profession 265
6.4.1.2 Les programmes d'enseignement 266
6.4.1.2.1 Programmes de baccalauréat 266
6.4.1.2.1 Programmes de maîtrise 269
6.4.1.3 Le corps professoral 270
6.4.2 Problématique 271
6.4.3 Hypothèses de developpement 273
6.4.3.1 Le statu quo 273
6.4.3.2 La promotion de la nutrition 273
6.4.4 Recommandations (6.4.4.1 à 6.4.4.7) 275

6.5 LE PREMIER CYCLE EN MEDECINE 277
6.5.0 Introduction 277
6.5.1 Situation actuelle 279
6.5.1.1 La profession médicale 279
6.5.1.2 Les programmes de formation 283

6.5.1.2.1 L'admission, l'inscription et la sélection des candidats 283
6.5.1.2.2 La durée des études 290
6.5.1.2.3 La clientèle étudiante 290
6.5.1.2.3.1 La clientèle du premier cycle en médecine 292
6.5.1.2.3.2 La clientèle féminine 300
6.5.1.2.3.3 Les autres clientèles 301
6.5.1.2.4 Diplômes et licenciés 301
6.5.1.3 Le corps professoral 305
6.5.1.4 La tâche professorale 310
6.5.2 La problématique de la formation au premier cycle 312
6.5.2.1 Projection des effectifs médicaux 312
6.5.2.2 La répartition géographique des médecins 318
6.5.2.3 Le recrutement des étudiants en médecine 319
6.5.2.4 Le corps professoral 322
6.5.2.5 En conclusion 323
6.5.3 Les éléments de solutions 323
6.5.3.1 Les programmes par objectifs 324
6.5.3.2 Les types de médecin à former 325
6.5.3.3 Les critères de sélection des candidats 325
6.5.3.4 Les études médicales 326
6.5.3.5 Les stages cliniques 327
6.5.3.6 Le corps professoral 328
6.5.3.7 Clientèles étudiantes et effectifs médicaux..... 330
6.5.3.7.1 Projection I 331
6.5.3.7.2 Projection II 331

6.5.3.7.3 Projection III 333
6.5.3.7.4 Projection IV 333

6.5.3.8 La répartition géographique des médecins 335

6.5.4 Recommandations (6.5.4.1 à 6.5.4.9) 337

6.6 L'INTERNAT ET LA RESIDENCE 339

6.6.0 Introduction 339
6.6.1 L'état des faits 339

6.6.1.1 L'organisation des programmes d'internat et de résidence 340
6.6.1.2 Les programmes 341
6.6.1.3 Les clientèles 345
6.6.1.4 Les examens 348
6.6.1.5 Le corps professoral 349
6.6.1.6 La distribution géographique par spécialité 351

6.6.2 La problématique de la formation des spécialistes en médecine 354

6.6.2.1 La formation en cours d'emploi 354
6.6.2.2 Les professeurs-moniteurs 355
6.6.2.3 Les programmes 356
6.6.2.4 Le processus d'évaluation 358
6.6.2.5 Pourquoi l'internat? 359
6.6.2.6 Les résidents et le permis de pratique 360
6.6.2.7 La rémunération des résidents 360
6.6.2.8 La métamorphose 362
6.6.2.9 L'enseignement permanent 362
6.6.2.10 Les résidents étrangers 363

6.6.3 Les eléments de solution 366

6.6.3.1 Pour le réseau de formation 366
6.6.3.2 Pour le réseau de soins 368
6.6.3.2.1 La formation des spécialistes 368
6.6.3.2.1 La formation des généralistes 370

6.6.4 Recommandations (6.6.4.1 à 6.6.4.12) 374

6.7 LA PHARMACIE ET LA PHARMACIE CLINIQUE 377

6.7.0 Introduction 377
6.7.1 La situation actuelle 377

6.7.1.1 Les données sur la profession 377
6.7.1.2 Les programmes d'enseignement 383

6.7.2 La problematique de la pharmacie et de la pharmacie clinique 384

6.7.2.1 Au plan professionnel 384
6.7.2.2 Au plan de la formation 385

6.7.3 Enonce des hypothèses 386

6.7.3.1 Le technicien en pharmacie 387
6.7.3.2 La pharmacie clinique 387

6.7.4 Recommandations (6.7.4.1 à 6.7.4.5) 388

6.8 L'ACUPUNCTURE 390

6.8.0 Introduction 390
6.8.1 Etat de la question 390
6 8.2 Problematique 392

6.8.3 Hypothèses 394

6.8.3.1 Le statu quo 394
6.8.3.2 Le développement massif 394
6.8.3.3 Le profil realiste 395

6.8.4 Recommandations (6.8.4.1 à 6.8.4.3) 396

6.9 LA NATUROPATHIE 397

6.9.0 Introduction 397
6.9.1 Etat des faits 397
6.9.2 La problematique de la naturopathie 398
6.9.3 Hypothèses de développement 399

6.9.3.1 Le statu quo 399
6.9.3.2 Le développement accéléré 399
6.9.3.3 La formation d'écologistes de la santé 399

6.9.4 Recommandation (6.9.4.1) 401

6.10 LA PODIATRIE 402

6.10.0 Introduction 402
6.10.1 L'état des faits 402
6.10.2 La problematique 403
6.10.3 Les hypothèses 404

6.10.3.1 La formation de niveau collégial 404
6.10.3.2 La formation à l'étranger 404
6.10.3.3 La formation autonome 405
6.10.3.4 La formation intégrée 405

6.10.4 Recommandations (6.10.4.1 à 6.10.4.3) 406

6.11 LA CHIROPRATIQUE 407

6.11.0 Introduction 407
6.11.1 L'état des faits 407
6.11.2 La problematique de la chiropratique au Québec 409
6.11.3 Les hypothèses de developpement 411

6.11.3.1 Enseignement et formation de niveau technique ... 411
6.11.3.2 Enseignement et formation de niveau universitaire 411

6.11.3.2.1 La creation d'une institution privée de niveau universitaire 412
6.11.3.2.2 La formation à l'extérieur du Québec 412
6.11.3.2.3 La formation integrée 412

6.11.4 Recommandations (6.11.4.1 à 6.11.4.5) 414

6.12 LE SERVICE SOCIAL EN MILIEU DE SANTE 415

6.12.0 Introduction 415
6.12.1 Etat de la question 415
6.12.2 La problématique du service social en milieu de santé 419

6.12.2.1 Au plan professionnel 420
6.12.2.2 Au plan de la formation 420

6.12.3 Eléments de solution 422

6.12.3.1 Le maintien de la situation actuelle 422
6.12.3.2 La définition d'une approche progressiste 423

6.12.4 Recommandations (6.12.4.1 à 6.12.4.5) 424

6.13 LA PSYCHOTHERAPIE 426

6.13.0 Introduction 426

6.13.1 Etat de la question 426
6.13.2 La problématique de la psychothérapie 427
6.13.3 Les hypothèses de développement 428
6.13.3.1 Le statu quo 428
6.13.3.2 Une formation universitaire complémentaire 428
6.13.4 Recommandation (6.13.4.1) 429

6.14 L'AUDIOLOGIE ET L'ORTHOPHONIE 430
6.14.0 Introduction 430
6.14.1 L'etat actuel 430
6.14.2 La problématique de l'audiologie et de l'orthophonie 432
6.14.3 Les hypothèses de développement 434
6.14.3.1 Une définition légale de l'accès à la profession 434
6.14.3.2 L'instauration d'un programme de niveau collégial en audiologie 434
6.14.3.3 Le baccalauréat en orthophonie avec majeure en audiologie 435
6.14.4 Recommandations (6.14.4.1 à 6.14.4.8) 436

6.15 LA PHYSIOTHERAPIE 438
6.15.0 Introduction 438
6.15.1 L'état actuel de physiothérapie 438
6.15.2 La problématique de la physiothérapie 440
6.15.3 Les hypothèses et options de développement 443
6.15.3.1 Le maintien d'une formation à deux niveaux 443
6.15.3.2 La formation de niveau collégial 444
6.15.3.3 L'équilibre entre les diplômes collégiaux et universitaires 444

6.15.3.4 Une formation exclusivement universitaire 445

6.15.4 Recommandations (6.15.4.1 à 6.15.4.5) 446

6.16 L'ERGOTHERAPIE 447

6.16.0 Introduction 447

6.16.1 L'état actuel de l'ergothérapie 447

6.16.2 La problématique de l'ergothérapie 451

6.16.3 Les hypothèses de développement 452

6.16.3.1 Le maintien des nombres actuels 453

6.16.3.2 Legère augmentation des admissions 453

6.16.3.3 Equilibre entre les programmes collégial et universitaire 453

6.16.4 Recommandations 6.16.4.1 à 6.16.4.4) 455

6.17 L'INHALOTHERAPIE 456

6.17.0 Introduction 456

6.17.1 L'état actuel de l'inhalothérapie 456

6.18 L'OPTOMETRIE 458

6.18.1 La situation actuelle 458

6.18.1.1 Données sur le milieu professionnel 458

6.18.1.1.1 Nombre de professionnels 458

6.18.1.1.2 Répartition par région socio-sanitaire au Québec 464

6.18.1.1.3 Législation et champ d'exercice professionnel 464

6.18.1.1.4 Champ de pratique 468

6.18.1.2 Données sur les milieux de formation 469

6.18.1.2.1 Institutions 469
6.18.1.2.2 Programmes d'études 469
6.18.1.2.3 Etudiants 471
6.18.1.2.4 Professeurs 471
6.18.1.2.5 Ressources physiques 471
6.18.1.2.6 Materiel clinique 472

6.18.2 La problematique de l'optométrie 472
6.18.3 Les hypothèses de développement 474

6.18.3.1 L'exercice professionnel desintégré 474
6.18.3.2 L'amorce d'une intégration 475
6.18.3.3 L'exercice complètement intégré 475

6.18.4 Recommandations (6.18.4.1 à 6.18.4.15) 476

6.19 LES BIOCHIMISTES 480

6.19.0 Introduction 480
6.19.1 L'état des faits 480
6.19.2 La problematique 481
6.19.3 Les hypothèses de développement 482

6.19.3.1 Le maintien du statu quo 482
6.19.3.2 Une intégration au secteur de la santé 482

6.19.4 Recommandations (6.19.4.1 à 6.19.4.5) 483

6.20 LES BIOLOGISTES 484

6.20.0 Introduction 484
6.20.1 L'état des faits 484
6.20.2 La problematique 485

6.20.3 Les hypothèses de développement 485

6.20.3.1 Le statu quo 485

6.20.3.2 Une participation plus directe à la dispensation des soins 486

6.20.4 Recommandations (6.20.4.1 à 6.20.4.2) 487

6.21 LES MICROBIOLOGISTES 488

6.21.0 Introduction 488

6.21.1 L'état des faits 488

6.21.2 La problématique 489

6.21.3 Les hypothèses de développement 489

6.21.3.1 Le maintien de la situation actuelle 490

6.21.3.2 Le rôle élargi 490

6.21.4 Recommandations (6.21.4.1 à 6.21.4.2) 491

6.22 LES MEDECINS VETERINAIRES 492

6.22.0 Introduction 492

6.22.1 L'état des faits 492

6.22.2 La problématique de la médecine vétérinaire 492

6.22.3 Les hypothèses de développement 493

6.22.3.1 Le maintien de la situation actuelle 493

6.22.3.2 Le rôle élargi 493

6.22.4 Recommandation (6.22.4.1) 494

6.23 LES PHYSICIENS 495

6.23.0 Introduction 495

6.23.1 L'etat des faits 495

6.23.2 La problématique 495

6.23.3 Les hypothèses de developpement 496

6.23.3.1 La situation actuelle est satisfaisante 496
6.23.3.2 Une meilleure intégration 496

6.23.4 Recommandations (6.23.4.1 à 6.24.4.2) 497

6.24 LES INGENIEURS BIO-MEDICAUX 498

6.24.0 Introduction 498
6.24.1 L'etat des faits 498
6.24.2 La problematique du genie bio-medical 499
6.24.3 Les hypothèses de developpement 499

6.24.3.1 Le statu quo 500
6.24.3.2 Une plus grande intégration à la sante 500

6.24.4 Recommandations (6.24.4.1 à 6.24.4.3) 501

6.25 LES SCIENCES INFIRMIERES 502

6.25.0 Introduction 502
6.25.1 L'état de la question 502
6.25.2 La problématique des sciences infirmières 505
6.25.3 Les hypothèses de développement 509

6.25.3.1 Le maintien du modèle actuel 509
6.25.3.2 Un système mixte d'admission 510
6.25.3.3 La voie unique d'admission 510

6.25.4 Recommandations (6.25.4.1 à 6.25.4.8)..... 511

6.26 LA RECHERCHE 513

6.26.0 Introduction 513

6.26.1 L'état des faits 513

6.26.1.1 Le système de la recherche 514
6.26.1.2 Professeurs, chercheurs, étudiants 516
6.26.1.3 Dépenses de recherche 517

6.26.2 La problématique de la recherche 519
6.26.3 Les hypothèses de développement 523

6.26.3.1 Le développement de la recherche 523
6.26.3.2 La formation des chercheurs 523

6.26.4 Recommandations (6.26.4.1 à 6.26.4.12) 525

CHAPITRE 7 - L'EVOLUTION DANS LE DOMAINE DE LA SANTE 529

7.0 Introduction 529
7.1 Les choix sociaux: les valeurs de la société 530
7.2 Les choix politiques: quelques considérations préalables 532
7.3 Les choix universitaires 533

7.3.1 Le rôle de l'université 533
7.3.2 Les universitaires et l'avenir 535

7.4 Le rôle des organismes gouvernementaux 536
7.5 Le choix professionnel 537
7.6 Les choix économiques: le coût des systèmes 539

---------- 0 ----------

PARTIE II

LES PROBLEMES ET LES SOLUTIONS SPECIFIQUES

LES PROBLEMES ET LES SOLUTIONS SPECIFIQUES

RECUEIL

DES

RECOMMANDATIONS

AVERTISSEMENT

Ce recueil constitue l'ensemble des recommandations extraites de la Partie II du rapport final de l'Opération Sciences de la Santé (OSS).

Afin de mieux saisir le sens de chacune de ces recommandations, il serait préferable de se référer au texte du rapport final de l'OSS, tel que l'indiquent les références qui apparaissent entre parenthèses. Ainsi, la recommandation 33 confère au chapitre 6 et à la section 6.1, (l'administration des services de santé et des services sociaux).

L'ADMINISTRATION DES SERVICES DE SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX

En conformité avec la politique proposée par la Commission Castonguay-Nepveu, il est recommandé:

33- que les universités, dans leur faculté des sciences de l'Administration, inscrivent à leur programme aux premier et deuxième cycles, des cours optionnels en organisation des services de santé, sans pour autant que l'ensemble de ces cours ne conduise à une spécialisation (6.1.4.1);

34- que l'Univeresité de Montréal continue à offrir aux étudiants en administration un programme d'études conduisant à la maîtrise comportant une option santé (6.1.4.2);

35- que le département d'Administration de la Santé de l'Univeresité de Montréal accueille jusqu'à 20 étudiants annuellement dans son programme de deuxième cycle (6.1.4.3).

Compte tenu des besoins actuels et de la capacité d'accueil du département d'Administration de la Santé de l'Université de Montréal, il est recommandé:

36- que le Comité conjoint des programmes du Conseil des Universités et de la Direction générale de l'enseignement Supérieur du ministère de l'Education n'approuve pas, du moins à court terme, un nouveau programme universitaire d'enseignement régulier de deuxième cycle en administration des services de santé et des services sociaux (6.1.4.4).

Eu égard aux besoins, au plan des ressources professorales et du développement de la recherche, il est recommandé:

37- *que l'on étudie la possibilité d'implanter dans une université québécoise, de préférence dans le département de l'Administration de la Santé de l'Université de Montréal, un programme de troisième cycle orienté vers l'étude du système de santé (8.1.4.5).*

Compte tenu de l'état des besoins en terme de formation et de perfectionnement des cadres supérieurs et intermédiaires du réseau de santé et de l'urgence de développer une politique spécifique en cette matière, il est recommandé:

38- *que le ministère des Affaires sociales étudie les besoins de formation et de perfectionnement des cadres supérieurs et intermédiaires des établissements du réseau de santé et, suite à cette étude,*

- *qu'il adopte une politique générale de formation et de perfectionnement et,*

- *qu'il confie aux institutions du réseau d'enseignement supérieur le soin d'établir, de développer et de réaliser des programmes d'enseignement continu (8.1.4.6).*

LA MEDECINE DENTAIRE

Compte tenu de l'évidence des nombreux besoins dans ce secteur et notamment au plan des ressources humaines et de l'implantation de mesures de prévention, il est recommandé:

39- *que les facultés dentaires existantes étudient la possibilité d'accroître leur capacité d'accueil en vue d'amener la mise en disponibilité de 200 diplômés dans les délais les plus brefs (8.3.4.1);*

40- *que les universités pourvoient les facultés dentaires de personnel enseignant et des autres ressources nécessaires, pour la poursuite des programmes actuels dans de meilleures conditions et pour entreprendre l'expansion souhaitée (6.3.4.2);*

41- *que les programmes de formation des dentistes et auxiliaires dentaires tiennent compte de l'importance de la prévention qui peut s'exercer sous l'influence de la profession dentaire et des changements recommandés sur le plan de l'organisation des soins en équipe (6.3.4.3);*

42- *que le ministère des Affaires sociales fasse appel aux ressources professorales et étudiantes dans l'implantation de sa politique de prévention en médecine dentaire (6.3.4.4).*

Eu égard à la création de programmes de formation des spécialistes dentaires et aux demandes d'approbation de programmes déjà soumises par les universités de Montréal et McGill, il est recommandé:

43- *qu'une étude soit entreprise afin de connaître au plus tôt quels sont les véritables besoins en spécialistes dentaires et que les universités et l'Ordre des dentistes du Québec participent conjointement à cette étude (6.3.4.5);*

44- *que soient créés les programmes de formation de spécialistes dans les domaines où les besoins sont plus pressants et, s'il le faut, qu'on intensifie l'effort des programmes déjà en marche (6.3.4.6).*

Relativement à l'organisation des services dentaires et à la nécessité d'expérimenter de nouveaux modes de pratique, il est recommandé:

45- *que soit encouragée l'expérimentation des modes de pratique afin de mieux adapter la main-d'oeuvre dentaire aux différents besoins et que les universités jouent un rôle important dans ces activités (6.3.4.7);*

46- *que le ministère des Affaires sociales mette à jour les besoins des québécois en soins dentaires et qu'à partir de ces données il apporte les changements nécessaires dans les structures des services de santé (6.3.4.8);*

47- *que les facultés dentaires des universités du Québec collaborent avec le ministère des Affaires sociales pour que les nouvelles structures des services de santé tiennent compte des aspects dentaires et que leurs étudiants y trouvent les éléments de formation qui leur ont manqué jusqu'à présent (6.3.4.9);*

48- *que les programmes de formation d'auxiliaires dentaires (hygiénistes et autres) soient maintenus afin d'assurer à la profession dentaire l'aide technique dont elle a besoin (6.3.4.10).*

Au plan de la recherche et du maintien de la compétence professionnelle en médecine dentaire, il est recommandé:

49- *que le gouvernement du Québec reconnaisse une priorité à la recherche en santé dentaire et adopte une politique ferme en conséquence (6.3.4.11);*

50- *que le maintien de la compétence professionnelle en médecine dentaire s'engage dans des développements rapides et que les ressources pour le faire soient mises en disponibilité (6.3.4.12).*

LA DIETETIQUE

Compte tenu des études effectuées qui ont permis d'identifier des besoins et rôles nouveaux pour les diplômés en diététique, il est recommandé:

51- que les trois programmes universitaires de baccalauréat en diététique soient maintenus mais que leur curriculum soit remanié de façon à mieux préparer les diététistes à la promotion de la nutrition (6.4.4.1).

Relativement à la formation pratique des diététistes, il est recommandé aux universités:

52- que les programmes réguliers de baccalauréat intègrent les stages pratique (internat) et que ces stages soient diversifiés, axés sur la nutrition humaine et effectués en milieu hospitalier, scolaire, industriel et communautaire ainsi que dans des régions défavorisées (6.4.4.2);

53- que cette intégration universitaire des stages soit facilitée en utilisant les moyens suivants:

i- le maintien du nombre actuel d'admissions aux programmes de baccalauréat en diététique;

ii- l'engagement de moniteurs cliniques dans le cadre des contrats d'affiliation entre l'université et l'établissement de soins;

iii- la mise en place de projets conjoints en vertu des contrats d'affiliation entre les établissements de santé et les universités (6.4.4.3).

Il est également recommandé:

54- *que le ministère des Affaires sociales envisage la création de nouveaux postes de diététistes dans le réseau d'établissements de santé afin de développer ses programmes de nutrition (6.4.4.4).*

Face à l'expansion des programmes en techniques de diététique, il est recommandé:

55- *que le ministère de l'Education analyse et revise le nombre actuel et l'expansion des programmes en techniques de diététique en attendant de mieux évaluer l'impact de l'arrivée de techniciens sur le marché du travail (6.4.4.5).*

Compte tenu de la pénurie de professionnels de la nutrition, de la nécessité d'augmenter la recherche en nutrition et de situer la diététique dans le champ plus large de la nutrition, il est recommandé:

56- *que chaque université regroupe l'ensemble de ses programmes de deuxième cycle et des chercheurs, dans le champ de la nutrition, et que ces programmes soient revisés pour attirer plus de candidats (6.4.4.6).*

Compte tenu du nombre relativement restreint de spécialistes universitaires en nutrition au Québec et du peu de recherches effectuées en ce domaine, il est recommandé:

57- *qu'un programme de troisième cycle en nutrition soit implanté dans les meilleurs délais (6.4.4.7).*

LA MEDECINE AU PREMIER CYCLE

Afin de mieux préparer les futurs médecins à assumer leurs responsabilités dans l'évolution du système de santé, il est recommandé:

58- *que les universités procèdent à la mise en place de programme par objectifs et adaptent en conséquence le curriculum, la durée des études, l'évaluation et la promotion ainsi que la préparation pédagogique des professeurs (6.5.4.1);*

59- *que cette approche par objectifs soit également étendue aux stages cliniques en séparant les blocs de stages pour faciliter l'évaluation objective (6.5.4.2);*

60- *que les universités réévaluent constamment les critères de sélection des candidats aux études médicales afin qu'ils soient mieux adaptés aux objectifs des programmes, pour permettre notamment d'accueillir aussi des diplômés du CEGEP professionnel en techniques de la santé, des étudiants détenteurs d'un baccalauréat et des professionnels de la santé déjà en pratique (6.5.4.3);*

61- *que ces critères de sélection soient publiés et que les universités donnent une chance égale aux étudiants de toutes les régions du Québec (6.5.4.4);*

62 *que les universités collaborent avec le ministère de l'Education et le ministère des Affaires sociales et la Corporation professionnelle des médecins, afin de fixer le nombre d'étudiants à admettre annuellement en médecine dans l'ensemble des facultés (6.5.4.5);*

63- *que, compte tenu des disparités dans le quotient professeur/étudiant, disparités à démontrer par des études techniques approfondies, soit augmenté le nombre de professeurs dans les facultés de médecine des universités de Montréal et Laval (6.5.4.6);*

64- *que les universités accentuent l'aspect promotion de la santé dans la formation des médecins par la reformulation des programmes, le recrutement professoral et la possibilité des stages en équipe en dehors du milieu hospitalier (6.5.4.7);*

65- *que les universités encouragent les étudiants en médecine à faire carrière en médecine de première ligne et dans des secteurs encore négligés en utilisant, entre autres, les moyens suivants:*

- *la constitution d'un département de médecine familiale;*
- *la mise en place de projets pilotes d'équipes multidisciplinaires;*
- *l'instauration de projets en épidémiologie et en recherche opérationnelle;*
- *la mise en place de stages en milieu de santé scolaire, industrielle et communautaire;*
- *et plus spécifiquement la préparation d'un programme de formation en médecine familiale faisant suite aux études médicales de base (6.5.4.8).*

66- *que les universités s'assurent de mettre en place les unités d'enseignement clinique et participent à la nomination des directeurs de départements dans les établissements de santé où elles envoient leurs étudiants (6.5.4.9).*

L'INTERNAT ET LA RESIDENCE (MEDECINE)

Relativement aux programmes de résidence, il est recommandé:

67- *que les universités complètent la transformation des programmes de résidence en programmes universitaires bien structurés comprenant une inscription, des objectifs définis, des ressources adéquates, une évaluation sérieuse des étudiants et du programme, et enfin un diplôme universitaire spécifique reconnu par la Corporation professionnelle des médecins du Québec (6.6.4.1).*

Les universités, ayant la responsabilité de programmes de résidence, devraient avoir l'autorité nécessaire et les moyens de contrôle requis pour s'assurer que la dimension "formation de niveau universitaire" demeure entièrement respectée devant la dimension "services de santé". A cette fin il est recommandé:

68- *que les universités agréent les postes d'internes et de résidents dans les établissements de santé et précisent les modalités et mécanismes pédagogiques et professionnels dans le cadre des contrats d'affiliation (6.6.4.2);*

69- *que les universités et la Corporation professionnelle des médecins du Québec élaborent un examen commun terminal pour chacun des programmes de formation et que celui-ci soit valable autant pour l'obtention du diplôme que pour le certificat de spécialiste et le certificat de médecine de famille (6.6.4.3);*

En vue d'assurer la qualité de la formation des médecins spécialistes, il est recommandé:

70- *que la formation des futurs médecins spécialistes soit concentrée dans les unités d'enseignement clinique, ou dans d'autres milieux de formation rencontrant les mêmes objectifs d'enseignement, où il existe une masse critique qui garantira la qualité des milieux de formation (6.6.4.4);*

71- *que les universités facilitent l'implantation de programmes interuniversitaires conjoints et intégrés dans les secteurs de spécialisation à petite clientèle pour offrir aux résidents le choix des meilleurs centres de formation (6.6.4.5).*

Eu égard aux négociations collectives entre les syndicats de résidents et le ministère des Affaires sociales, le Comité directeur de l'OSS attire l'attention du ministère des Affaires sociales sur les implications pédagogiques de ces négociations, et en conséquence, il recommande:

72- *que le ministère de l'Education et les univeresités soient consultés par le ministère des Affaires sociales lors de ces négociations et avant que ne soit ratifiée toute entente entre le gouvernement et les syndicats de résidents (6.6.4.6).*

Afin de mieux évaluer les besoins en médecins spécialistes et d'assurer une meilleure répartition des internes et des résidents, il est recommandé:

73- *que le ministère des Affaires sociales réexamine périodiquement les besoins du Québec en termes de médecins spécialistes et en informe d'abord le ministère de l'Education et le Comité conjoint Corporation professionnelle des médecins-univeresités (6.6.4.7);*

74- *que la répartition des internes soit confiée aux facultés de médecine tout comme la répartition des résidents (6.6.4.8).*

Relativement à la médecine de famille et à l'année dite de l'Internat, il est recommandé:

75- *que le Comité conjoint Corporation professionnelle des médecins-univeresités étudie en priorité la possibilité d'implanter un programme par objectifs conduisant à un permis d'exercice en médecine de famille (6.6.4.9) ;*

76- *que le Comité conjoint Corporation professionnelle des médecins-univeresités ré-oriente l'année dite "d'Internat" pour l'intégrer soit au programme proposé en médecine de famille soit aux autres programmes de résidence (6.6.4.10).*

Afin de prolonger la formation des médecins déjà en pratique, il est recommandé:

77- que les universités et leurs facultés de médecine augmentent le secteur de l'enseignement permanent en médecine (maintien de la compétence) pour développer une pédagogie et des programmes répondant aux besoins des médecins du Québec (6.6.4.11);

78- que la Corporation professionnelle des médecins du Québec établisse les besoins individuels et les schémas de programme de maintien de la compétence pour l'ensemble des médecins du Québec (6.6.4.12).

LA PHARMACIE ET LA PHARMACIE CLINIQUE

Relativement à la transformation en cours du rôle des pharmaciens, il est recommandé:

79- que les universités continuent à ré-orienter les programmes actuels de pharmacie vers la pharmacie clinique et prévoient à cette fin:

i- l'engagement de moniteurs cliniques à l'intérieur de contrats d'affiliation avec les établissements du réseau de santé;

ii- l'intégration de l'ensemble des stages professionnels et cliniques aux programmes universitaires, ceux-ci devant répondre aux normes des stages cliniques;

iii- une collaboration entre les facultés de pharmacie et les autres facultés oeuvrant dans le domaine des sciences de la santé et plus particulièrement avec les départements de pharmacologie des facultés de médecine notamment par

l'échange de professeurs et la mise sur pied de projets conjoints de recherche (6.7.4.1).

Afin d'assurer la qualité de l'enseignement et des services pharmaceutiques et en réponse à l'interrogation du Conseil des Univeritès, il est recommandé:

80- *que l'Université Laval maintienne son Ecole de pharmacie pour combler la pénurie de pharmaciens dans les établissements de santé et pour améliorer les services pharmaceutiques dans l'Est du Québec (6.7.4.2);*

81- *que les universitès de Montréal et Laval augmentent le corps professoral de leur école de pharmacie pour rencontrer les normes reconnues et favorisent la recherche et les études avancées (6.7.4.3);*

82- *que les universitès admettent le même nombre d'étudiants en pharmacie qu'en septembre 1975, mais que la situation soit réévaluée périodiquement selon l'évolution des besoins (6.7.4.4).*

Au sujet du maintien de la compétence des pharmaciens, il est recommandé:

83- *que les universitès collaborent, avec l'Ordre des pharmaciens du Québec, au niveau du Comité conjoint, à la mise sur pied de programmes assurant le maintien de la compétence des pharmaciens en exercice (6.7.4.5).*

L'ACUPUNCTURE

Compte tenu de la décision du gouvernement du Québec de mettre sur pied des centres d'expérimentation sur l'acupuncture, il est recommandé:

84- *que ces centres soient sous contrôle universitaire et qu'une certaine coordination soit établie entre ces centres (6.8.4.1).*

Quant aux aspects fondamentaux de l'acupuncture, il est recommandé:

85- *que la recherche porte autant sur les mécanismes physiologiques de l'acupuncture que sur ces applications;*

que la recherche sur les applications de l'acupuncture porte surtout sur l'aspect analgésique et sur l'aspect thérapeutique;

que soit envisagée la possibilité de procéder à l'expérimentation de l'acupuncture en anesthésie, en chirurgie dentaire, en physiothérapie, en réhabilitation, en rhumatologie et en traumatologie sportive (6.8.4.2).

Relativement aux programmes de formation, il est recommandé:

86- *que le ministère de l'Education ne reconnaisse aucun programme de formation en acupuncture, et ce, jusqu'à ce que les résultats des divers travaux de recherche entrepris soient connus et jugés satisfaisants (6.8.4.3).*

LA NATUROPATHIE

Eu égard aux analyses effectuées et aux hypothèses soulevées, pour ce qui est de la naturopathie, il est recommandé:

87- *que ne soit pas reconnu l'enseignement de la naturopathie dans sa forme actuelle (6.9.4.1).*

LA PODIATRIE

En tenant compte des exigences de la loi sur la podiatrie, des tâches du podiatre et des connaissances requises pour les réaliser, il est recommandé:

88- que la formation de podiatrie du Québec soit de niveau collégial et qu'un programme de formation soit établi en collaboration avec l'Ordre des podiatres du Québec dans les meilleurs délais (6.10.4.1);

89- qu'un seul programme à titre expérimental soit approuvé pour l'ensemble du Québec (6.10.4.2).

Compte tenu qu'il s'avère nécessaire d'intégrer la podiatrie dans le réseau de distribution de soins de santé et de prévoir l'encadrement des étudiants en podiatrie, il est recommandé:

90- que le ministère des Affaires sociales prévoit l'intégration de podiatres parmi les professionnels du réseau des établissements de santé (6.10.4.3).

LA CHIROPRATIQUE

Compte tenu de l'absence relative de données pertinentes quant aux besoins en termes de services chiropratiques, il est recommandé:

91- que ne soit pas envisagée pour les deux prochaines années l'approvation de tout projet de programme régulier de formation en chiropratique (6.11.4.1) ;

92- *que le ministère des Affaires sociales voit à ce qu'une étude longitudinale soit entreprise dans les meilleurs délais, en milieu universitaire, par des professionnels de diverses disciplines incluant des membre de l'Ordre des chiropraticiens du Québec, afin de mieux statuer sur les possibilités de bénéfices pour la population en termes de services chiropratiques ainsi que sur le champ de pratique des chiropraticiens (6.11.4.2);*

93- *que des projets d'expérimentation et de démonstration soient entrepris au plan de la pratique professionnelle et de la recherche et que ces projets regroupent des chiropraticiens et d'autres professionnels de la santé (6.11.4.3).*

Compte tenu de l'existence légale de la chiropratique au Québec et jusqu'à ce qu'il existe un programme approprié de formation, il est recommandé:

94- *qu'un régime d'aide financière, modelé sur celui des prêts-bourses, soit instauré pour permettre aux étudiants du Québec de se former en chiropratique à l'extérieur du Québec dans un programme reconnu par le ministère de l'Education (6.11.4.4);*

95- *qu'au Canada, le Canadian Memorial Chiropractic College (CMCC) de Toronto, et qu'ailleurs seules les institutions déjà reconnues par le Council on Chiropractic Education (CCE), soient reconnus comme centres de formation pour les étudiants du Québec qui désirent se prévaloir de cette formation (6.11.4.5).*

LE SERVICE SOCIAL EN MILIEU DE SANTE

Considérant que les travailleurs sociaux doivent assumer des rôles de suppléance dans le domaine de la santé, il est recommandé:

96- *que les universités prennent les moyens nécessaires pour développer davantage la dimension santé en service social et affectent les ressources nécessaires à la formation du travailleur social en milieu de santé afin de :*

- *planifier les programmes d'enseignement de service social relatifs à la santé;*
- *coordonner les stages en milieu de santé;*
- *favoriser le développement de la recherche;*
- *servir de lien avec les autres disciplines de la santé;*
- *favoriser et développer de nouveaux types de stages de service social en milieu de santé;*
- *répondre aux demandes de la santé concernant les problèmes sociaux (6.12.4.1);*

97- *que les universités et les Centres de services sociaux (CSS) collaborent afin de trouver des formules pour désigner et rémunérer les moniteurs de stages en milieu de santé afin d'assurer l'encadrement, le tutorat et l'évaluation des étudiants (à l'intérieur des contrats d'affiliation) (6.12.4.2).*

Advenant la création de centres de formation multidisciplinaire en développement social, tels que proposés par la Commission Castonguay-Nepveu, il est recommandé:

98- *que ces centres portent une attention spéciale au service social en santé, au développement de la recherche en ce domaine et à l'étude des méthodes d'organisation communautaire de prévention (6.12.4.3).*

En relation avec le maintien de la compétence et compte tenu de la position de l'OSS en cette matière (chapitre 8, section 8.9.4.1), il est recommandé:

99- que l'université, en collaboration avec les Centres des services sociaux (CSS) et les départements de santé communautaire des centres hospitaliers, mettent en oeuvre les moyens de développer la recherche sociale en milieu de santé sur des aspects tels que l'évaluation des services, l'analyse des modes de fonctionnement et la motivation des professionnels (8.12.4.4).

Il est également recommandé:

100- que l'université mette sur pied, en collaboration étroite avec la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux, les programmes de maintien de la compétence et de perfectionnement des travailleurs sociaux actifs en milieu de santé (8.12.4.5).

LA PSYCHOTHERAPIE

Compte tenu des besoins importants en psychothérapie, il est recommandé:

101- que soit envisagée la possibilité d'implanter un programme de formation interdisciplinaire en psychothérapie au niveau du deuxième cycle universitaire sous une direction interdépartementale et à laquelle formation auraient accès des médecins, des psychologues, des travailleurs sociaux, des conseillers en orientation et des infirmières universitaires (8.13.4.1).

L'AUDIOLOGIE ET L'ORTHOPHONIE

Dans l'optique d'une séparation en deux orientations distinctes, audiologie d'un côté et orthophonie de l'autre, il est recommandé:

102- que le programme actuel de baccalauréat commun en audiologie-orthophonie soit aboli et qu'il soit remplacé par deux programmes distincts, soit un baccalauréat en audiologie et un baccalauréat en orthophonie (6.14.4.1);

103- que l'Office des professions et la Corporation professionnelle des audiologistes-orthophonistes s'entendent pour que le diplôme permettant l'accès à la profession soit le baccalauréat (6.14.4.2);

104- que les stages cliniques soient mieux structurés et que l'engagement conjoint des moniteurs soit défini dans le contrat d'affiliation entre l'université et l'établissement de santé (6.14.4.3);

105- qu'un programme de techniques audiométriques soit préparé au niveau collégial, en collaboration avec la Corporation professionnelle des audiologistes-orthophonistes et les directeurs de programmes universitaires (6.14.4.4).

Au plan des études avancées et des ressources professorales, il est recommandé:

106- que les programmes actuels de maîtrise soient spécialisés en deux disciplines distinctes, audiologie et orthophonie, et que ceux-ci soient ré-orientés vers la recherche et n'accueillent qu'un nombre restreint de candidats (6.14.4.5);

107- que les détenteurs d'un baccalauréat en audiologie ou en orthophonie puissent avoir accès à un programme de maîtrise en sciences de la santé (6.14.4.6);

108- *que des mesures soient prises pour favoriser le perfectionnement du corps professoral là où cela s'avère nécessaire (6.14.4.7).*

Eu égard aux besoins en orthophonistes et à la répartition territoriale des orthophonistes, il est recommandé:

109- *qu'un grand nombre d'étudiants soient encouragés à se diriger vers l'orthophonie, que les ressources professorales soient augmentées pour améliorer la qualité de l'enseignement et que des mesures soient prises pour améliorer la répartition régionale des orthophonistes (6.14.4.8).*

LA PHYSIOTHERAPIE

Relativement aux programmes actuels de formation en physiothérapie, il est recommandé:

110- *que les trois programmes de baccalauréat en physiothérapie soient maintenus mais qu'ils puissent aussi préparer les physiothérapeutes à des responsabilités telles que le monitorat, l'enseignement et la direction d'équipes (6.15.4.1).*

Compte tenu des besoins des régions du Québec, il est recommandé:

111- *que les admissions en première année du baccalauréat en physiothérapie soient augmentées de 20% à Laval et à Montréal et maintenues au nombre actuel à McGill (6.15.4.2).*

Pour favoriser la formation des enseignants en physiothérapie, il est recommandé:

112- *que les enseignants en physiothérapie se prévalent du programme de maîtrise en sciences de la santé (6.15.4.3).*

Pour permettre une certaine mobilité verticale dans le champ de la réadaptation, il est recommandé:

113- que les universités accueillent au premier cycle des diplômés des programmes de techniques de réadaptation du niveau collégial (6.15.4.4).

Concernant les stages, il est recommandé:

114- que les stages pratiques soient intégrés à la formation universitaire en remplacement de l'internat de trois mois et que les moniteurs soient engagés conjointement par l'université et l'établissement de santé dans le cadre du contrat d'affiliation (6.15.4.5).

L'ERGOTHERAPIE

Après examen du dossier et consultation, il est recommandé:

115- que les programmes au niveau universitaire d'ergothérapie soient maintenus et le nombre de diplômés soit porté, pour l'ensemble, de 75 à 100 par année (6.16.4.1);

116- qu'un programme de techniques ergothérapeutiques soit envisagé au niveau du CEGEP après une étude des besoins par le ministère des Affaires sociales avec la collaboration de la Corporation professionnelle des ergothérapeutes et les directeurs de programme universitaire. (6.16.4.2).

Relativement à la formation des professeurs et aux stages, il est recommandé:

117- que les universités favorisent le perfectionnement des professeurs en ergothérapie soit dans le cadre de la maîtrise en sciences de la

santé soit par des études dans des centres canadiens ou étrangers (6.16.4.3);

118- *que les stages pratiques soient améliorés et des moniteurs engagés conjointement par l'université et l'établissement de santé dans le cadre du contrat d'affiliation (6.16.4.4).*

L'OPTOMETRIE

Afin de favoriser l'intégration des optométristes à l'équipe de distribution des soins de santé et d'assurer la qualité des services optométriques offerts à la population, il est recommandé:

119- *que l'Ecole d'optométrie de l'Université de Montréal procède à la revision de son curriculum de façon à établir des objectifs éducatifs appropriés tant au niveau des connaissances que des attitudes et aptitudes dans un cadre temporel approprié conduisant au doctorat professionnel (O.D) (6.18.4.1);*

120- *que l'Ecole d'optométrie de l'Université de Montréal mette sur pied, en collaboration avec les autres secteurs des sciences de la santé, des unités de formation clinique multidisciplinaire comprenant des optométristes, des ophtalmologistes, des opticiens d'ordonnance et des orthoptistes, à l'intérieur desquels les étudiants d'optométrie effectueront des stages cliniques (6.18.4.2);*

121- *que soit réalisée l'implantation de projets d'équipes multidisciplinaires intéressées à la santé de l'oeil et oeuvrant dans un contexte universitaire d'enseignement et de recherche et qu'à cette fin soient prévues:*

- *la collaboration de toutes les parties intéressées à savoir, les institutions de formation, les corporations professionnelles, les associations professionnelles, ainsi que les ministères des Affaires sociales et de l'Education;*

- *l'élaboration d'une méthodologie d'évaluation de tels projets;*

- *la planification de l'établissement de ces projets dans la plupart des régions du Québec (6.18.4.3).*

Dans le but de tendre vers le rapport optométriste/population espéré de 1/9000 et d'assurer la qualité de l'enseignement, il est recommandé:

122- *que la capacité d'accueil actuelle de l'Ecole d'optométrie de l'Université de Montréal demeure la même, soit de 40 étudiants par année pour les cinq prochaines années, et que l'Ecole continue, à même ses capacités d'accueil actuelles, d'admettre un certain nombre de candidats francophones de l'extérieur du Québec (6.18.4.4);*

123- *que l'Ecole d'optométrie de l'Université de Montréal favorise des conditions de travail et de vie universitaire propres à faciliter le recrutement de professeurs de carrière en optométrie et l'optimisation des ressources professorales déjà existantes dans son réseau (6.18.4.5);*

124- *que l'Ecole d'optométrie de l'Université de Montréal favorise le développement des études de deuxième et de troisième cycles et détermine ses priorités au plan de la recherche fondamentale et appliquée en sciences optométriques (6.18.4.6);*

125- *que l'Université de Montréal sollicite d'organismes d'agrément nord-américains reconnus l'agrément comparatif aux autres écoles ou facultés d'optométrie d'Amérique du Nord, pour le programme de premier cycle de son Ecole d'optométrie (6.18.4.7);*

126- *que l'Ecole d'optométrie de l'Université de Montréal offre une formation théorique et clinique en orthoptique en particulier, appropriée au champ d'exercice accordé par la loi dans ce domaine aux optométristes et qu'entre-temps l'Office des professions et l'Ordre des optométristes du Québec facilitent une délégation d'actes à des techniciens en orthoptique formés à l'étranger (6.18.4.8);*

127- *que l'Université de Montréal, tel qu'elle se le propose, rende disponibles à l'Ecole d'optométrie, toutes ses facilités de formation en sciences de la santé, y compris en particulier celles d'ophtalmologie (6.18.4.9).*

Pour rendre la formation plus conforme aux exigences professionnelles, il est recommandé:

128- *que la Corporation professionnelle des optométristes du Québec établisse, dans les plus brefs délais, des normes suivant lesquelles les cas pathologiques peuvent être identifiés par ses membres (6.18.4.10);*

129- *que la Corporation professionnelle des optométristes du Québec détermine le plus tôt possible les conditions de pratique de l'orthoptique par ses membres actuels et futurs et, de concert avec les autres corporations professionnelles concernées, étudie les retombées de développement technologiques récents pouvant influencer la pratique de ses membres (6.18.4.11);*

130- *que la Corporation professionnelle des optométristes du Québec et la Corporation professionnelle des médecins du Québec, pour les ophtalmologistes, étudient la possibilité d'éviter toute occasion de conflit d'intérêt, sans atteinte à la qualité des soins aux malades, en éliminant la pose, l'ajustement, la vente et le remplacement de lentilles ophtalmiques par les optométristes et les ophtalmologistes (6.18.4.12).*

Au plan du maintien de la compétence professionnelle des optométristes, il est recommandé:

131- que l'Ecole d'optométrie de l'Université de Montréal continue à participer avec la Corporation professionnelle des optométristes du Québec et l'association professionnelle concernée, à l'enseignement permanent et au maintien de la compétence des optométristes de la province, particulièrement en regard de l'établissement d'un bilan de santé oculo-visuelle et de l'approche clinique multidisciplinaire (6.18.4.13).

Au plan de la formation d'auxiliaires des professionels de la santé de l'oeil, il est recommandé:

132- que le ministère des Affaires sociales, de concert avec les corporations professionnelles concernées, détermine les besoins en auxiliaires des professionels de la santé de l'oeil (6.18.4.14);

133- que par la suite, le ministère de l'Education, de concert avec les corporations professionnelles impliquées et le ministère des Affaires sociales, étudie la possibilité d'élaborer et de mettre sur pied des programmes de formations desdits auxiliaires (6.18.4.15).

LES BIOCHIMISTES

Eu égard aux faits observés et aux besoins prévus dans les milieux hospitaliers, il est recommandé:

134- que les universités développent des programmes de maîtrise en biochimie clinique pour les diplômés de chimie, de biochimie, de médecine et de pharmacie (6.19.4.1);

135- que les universités maintiennent et développent les programmes actuels de deuxième et de troisième cycles en biochimie (6.19.4.2).

Concernant les stages en milieu hospitalier pour les étudiants en biochimie clinique, il est recommandé:

136- que les étudiants de maîtrise et de doctorat en biochimie clinique effectuent des stages réguliers en milieu hospitalier (6.19.4.3);

137- que les universités et les établissements de santé prévoient l'engagement conjoint de moniteurs dans le cadre du contrat d'affiliation (6.19.4.4).

Afin d'assurer le développement de la biochimie clinique, il est recommandé:

138- que les modes de rémunération des professionnels en biochimie clinique oeuvrant en milieu hospitalier soient revisés afin de favoriser le recrutement des étudiants dans les programmes de biochimie clinique (6.19.4.5).

LES BIOLOGISTES

Eu égard aux problèmes identifiés dans ce secteur, il est recommandé:

139- que les programmes de biologie de premier cycle offrent des éléments de pathologie humaine afin d'intéresser les étudiants au domaine de la santé (6.20.4.1);

140- que les universités envisagent de créer ou de développer des programmes de maîtrise pour les bacheliers en biologie désireux d'oeuvrer dans le domaine des services de santé d'application humaine (6.20.4.2).

LES MICROBIOLOGISTES

Considérant le rôle élargi qui est proposé pour les microbiologistes, il est recommandé:

141- que les universités regroupent les départements de microbiologie et de bactériologie au plan de la recherche pour développer des programmes communs rencontrant davantage les besoins de l'industrie alimentaire, de la santé publique et du réseau des établissements de santé (6.21.4.1);

142- que les universités développent, en particulier, un programme de maîtrise dans le domaine de la microbiologie clinique (6.21.4.2).

LES MEDECINS VETERINAIRES

Dans la mesure où les médecins vétérinaires s'intéressent à la nutrition humaine et aux vivres et collaborent avec les scientifiques de la santé préoccupés par la prévention et la salubrité publique, il est recommandé:

143- que la Faculté de médecine vétérinaire de l'Université de Montréal développe des options orientées vers le domaine de la santé, comme le soin des animaux de laboratoire, les épizooties, la nutrition humaine et le contrôle des viandes (6.22.4.1).

LES PHYSICIENS

Il est recommandé:

144- que les universités incitent leurs départements de physique, de biologie et de médecine nucléaire à développer des options en radio-biologie (6.23.4.1);

145- *que les universités élaborent des programmes de maîtrise de type clinique en physique et que les universités et les établissements de santé définissent des stages pour les physiciens inscrits à ces programmes et enfin que des moniteurs soient engagés conjointement dans le cadre du contrat d'affiliation (6.23.4.2).*

LES INGENIEURS BIO-MEDICAUX

Au plan de la formation des ingénieurs bio-médicaux et afin de mieux préparer les bio-électroniciens et les ingénieurs de système nécessaires aux établissements du réseau de santé, il est recommandé:

146- *que les universités modifient les programmes de maîtrise en génie bio-médical et mettent davantage l'accent vers les services de santé (6.24.4.1).*

Pour ce qui est des stages en milieu de santé, il est recommandé:

147- *que les universités incitent les départements intéressés des facultés des sciences appliquées et de médecine à élaborer ensemble les programmes de deuxième et troisième cycles en génie bio-médical (6.24.4.2);*

148- *que les universités et les établissements de santé définissent des stages en milieu de santé pour les ingénieurs bio-médicaux inscrits à des programmes de maîtrise de type appliqué et que les moniteurs soient engagés conjointement dans le cadre du contrat d'affiliation (6.24.4.3).*

LES SCIENCES INFIRMIERES

Relativement à la formation universitaire en sciences infirmières, il est recommandé:

149- *que les programmes de baccalauréat en nursing comportent les concentrations suivantes:*

- *encadrement et administration;*
- *enseignement;*

et possiblement la concentration formation d'infirmiere (ère) clinicien(ne) (6.25.4.1);

150- *que les universités incitent les écoles et facultés de sciences infirmières à transformer leurs programmes actuels en programmes par objectifs comportant des stages pratiques reliés aux concentrations offertes (6.25.4.2).*

Afin d'assurer une meilleure intégration entre les différentes catégories actuelles d'infirmières, il est recommandé:

151- *que les universités acceptent dans les programmes de baccalauréat en sciences infirmières, après une période de pratique clinique, les candidats porteurs d'un DEC en techniques infirmières au même titre que les candidats détenteurs d'un DEC général (6.25.4.3).*

Afin d'assurer la qualité de l'enseignement au niveau du premier cycle, il est recommandé:

152- *que les universités et les établissements de santé engagent conjointement les moniteurs de stages dans le cadre du contrat d'affiliation (6.25.4.4).*

Devant la nécessité de procéder à certaines expérimentations, il est recommandé:

153- *que le ministère des Affaires sociales développe, à titre expérimental, un projet de structure d'accueil et une politique d'emploi pour les infirmiers (ières) cliniciens (nes) dans les établissements du réseau de santé (6.25.4.5);*

154- *que l'Office des professions, en collaboration avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et la Corporation professionnelle des médecins du Québec, étudie le problème de la délégation des actes et de la responsabilité professionnelle des infirmiers (ières) cliniciens (nes) intégrés (es) à ces programmes expérimentaux (6.25.4.6).*

Dans l'optique d'un développement des études supérieures en sciences infirmières, il est recommandé:

155- *que les programmes actuels de maîtrise soient maintenus et que soient prévus des possibilités d'option en administration, en clinique, en recherche opérationnelle et en éducation (6.25.4.7).*

Compte tenu de l'évolution récente et du nombre actuel de programmes de certificats répondant à un besoin évident, il est recommandé:

156- *que les programmes actuels de certificat en sciences infirmières soient tous intégrés à l'enseignement régulier des écoles et facultés de sciences infirmières (6.25.4.8).*

LA RECHERCHE

L'état des faits de la recherche dans le domaine de la santé au Québec, indique des inégalités très grandes entre les secteurs (médecine et autres secteurs), entre les disciplines (recherche opérationnelle et biochimie), entre les institutions et les régions. Au plan du développement de la recherche en sciences de la santé, il est donc recommandé:

157- que le gouvernement du Québec, notamment le ministère des Affaires sociales, établisse ses priorités dans le domaine de la recherche en sciences de la santé, et les fasse connaître (6.26.4.1);

158- qu'un mécanisme souple et efficace soit établi entre le ministère de l'Education et les autres ministères du Québec, en particulier le ministère des Affaires sociales, pour que les besoins dans le domaine de la recherche en sciences de la santé soient connus, évalués et que les budgets d'investissement, de fonctionnement et de formation nécessaires soient prévus (6.26.4.2);

159- que l'on s'efforce d'atténuer les disparités sectorielles, disciplinaires, institutionnelles dans le domaine de la recherche en sciences de la santé, en prévoyant dans le budget du Conseil de la recherche en santé du Québec (CRSQ), dans celui du Programme de formation de chercheurs et action concertées (FCAC) ou dans celui des institutions d'enseignement, des budgets importants de développement (6.26.4.3);

160- que l'on favorise la recherche socio-sanitaire, la recherche dans les sciences de la santé autres que bio-médicales, la recherche clinique, la recherche en pédagogie des sciences de la santé et la recherche sur l'évolution des sciences de la santé sans toutefois diminuer le support à la recherche fondamentale libre (6.26.4.4);

161- *que l'on envisage la possibilité de contrats ou de commandites publiques avec des équipes de chercheurs pour des recherches prioritaires et appliquées (6.26.4.5).*

Au plan de l'orientation, de l'organisation et de financement de la formation des chercheurs en sciences de la santé, il est recommandé:

162- *que, pour inciter les professionnels à acquérir une formation dans les domaines où il existe le plus grand besoin de chercheurs, on établisse, pour les étudiants, dans ces domaines, un système de bourses qui soit réaliste et pour les chercheurs, un plan de carrière qui soit alléchant (6.26.4.6);*

163- *que, pour tenir compte de l'évolution rapide de la recherche, les programmes de formation de chercheurs, soient axés davantage sur la formation plus que la spécialisation ou la technique (6.26.4.7);*

164- *que l'on prévoie des budgets pour des programmes de mise à jour à l'intention des professeurs et que ces programmes comprennent des années sabbatiques, des échanges et des visites de chercheurs (6.26.4.8);*

165- *que l'activité de recherche d'un professeur dans un programme de formation de chercheur, soit identifiée et considérée aux fins de rémunération, de promotion et de classification, de façon à ce que la recherche favorise sa carrière plutôt que ne la retarde (6.26.4.9);*

166- *que l'on élargisse le programme d'associés de recherche ou de professeurs-chercheurs, pour retribuer les chercheurs de carrière dans tous les secteurs, en vue d'en accroître le nombre dans les secteurs ou les institutions moins bien nanties (6.26.4.10);*

167- *que soit facilité ou encouragé le regroupement des unités de recherche (6.26.4.11);*

168- *que le ministère des Affaires sociales, dans le but de maintenir un haut niveau de qualité de la recherche clinique, continue de financer les coûts indirects de ce genre de recherche dans les hôpitaux (6.26.4.18).*

6. ANALYSE DES PROBLEMES SECTORIELS ET PROPOSITION DE SOLUTIONS SPECIFIQUES

6.0 Introduction

Avec l'analyse de la situation qui prévaut dans chacun des secteurs des sciences de la santé, l'Opération Sciences de la Santé entame la phase cruciale de ses activités. En effet, pas moins de 26 sous-secteurs furent analysés, tant au plan de la formation que de la pratique professionnelle, à partir de faits observés et de données recueillies surtout par les responsables de dossier.

Bien que chacun des dossiers furent considérés tels que présentés par les responsables, le Comité directeur s'est attaché à déborder parfois le cadre qui lui était proposé afin de situer ses prises de position dans une perspective plus large. C'est ainsi que certaines solutions spécifiques à quelques dossiers s'appuient sur une solution d'ensemble telle le baccalauréat et la maîtrise en sciences de la santé, la réorganisation des stages cliniques et le maintien de la compétence professionnelle. De plus, il s'est avéré nécessaire de relier entre eux certains dossiers afin de les analyser dans une optique quelque peu différente. C'est ainsi que les dossiers sur l'assistance médicale, la médecine et les sciences infirmières présentent certaines interfaces intéressantes dont il fallait tenir compte. Les dossiers traitant de la réadaptation, des professions en émergence et les scientifiques du milieu de la santé furent regroupés au plan de l'analyse et replacés dans le contexte qui leur convient.

Enfin, dans toute la mesure du possible, le Comité directeur s'est efforcé d'adapter ses solutions-idées aux différents problèmes sectoriels et de les inscrire dans ses propositions de solutions spécifiques. Celles-ci, tout comme les solutions générales présentées dans la Partie I de ce rapport, insistent et s'appuient sur le rôle social de l'université qui doit devenir un agent de changement dans les domaines de la santé et du maintien de la compétence professionnelle. Ces solutions spécifiques démontrent enfin qu'il est possible de marquer de façon concrète l'orientation vers un élargissement du "concept santé", et que l'apport des universités peut être, à cet égard, original et décisif.

6.1 L'ADMINISTRATION DES SERVICES DE SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX

6.1.1 La situation actuelle

6.1.1.1 Données sur les programmes d'enseignement

Le seul centre universitaire au Québec axé uniquement sur la formation d'administrateurs de la santé, le département d'Administration de la Santé de l'Université de Montréal, dispense un enseignement au niveau de deuxième cycle depuis près de 20 ans. L'Université d'Ottawa possède aussi un centre de formation de niveau de deuxième cycle et certains de ses diplômés alimentent le marché du Québec.

Le cours de deuxième cycle donné à Montréal a été modifié en 1972 selon l'esprit de la Commission Castonguay-Nepveu: (1)

Recommandation 4X1.202

> "Que les universités du Québec offrent aux étudiants en administration un programme d'étude conduisant à la maîtrise (M.B.A. ou M.A.A.) avec l'option santé".

La sélection des candidats est faite conjointement par le département d'Administration de la Santé et l'Ecole des Hautes Etudes Commerciales (HEC) et les étudiants se destinant à l'administration des services de santé et des services sociaux reçoivent pendant un an l'enseignement régulier dispensé aux étudiants de deuxième cycle de cette Ecole. La deuxième année académique, précédée d'une résidence de quatre mois en milieu hospitalier, est poursuivie dans le cadre du département d'Administration de la Santé.

6,1,1,2 Données sur la capacité d'accueil du marché

Les premiers diplômés du département d'Administration de la Santé de l'Université de Montréal (autrefois appelé Institut supérieur d'administration hospitalière) ont gradué en 1958. Depuis cette date, on compte 178 diplômés dont 136 oeuvrent directement dans ce secteur à titre d'administrateurs et 42 autres sont hors du secteur de l'administration des services.

Le tableau I fait état de la répartition régionale des 136 diplômés qui oeuvrent soit dans l'administration des services de santé, soit dans des établissements directement reliés au secteur de la santé. La majorité des grands établissements hospitaliers étant situés dans l'île de Montréal et dans la région métropolitaine de Québec, le tableau isole ces deux régions. La majorité de ces diplômés, soit 62%, travaillent dans les deux grands centres urbains du Québec; il est cependant intéressant de noter que même s'il n'existe qu'une seule école de formation située à Montréal, près du tiers de ces diplômés oeuvrent en dehors des deux grands centres urbains. Il semble donc que la répartition régionale des diplômés reflète assez bien la répartition territoriale des établissements du Québec.

TABLEAU I

DISTRIBUTION REGIONALE DES DIPLOMES ACTIFS

DANS L'ADMINISTRATION DES SERVICES DE SANTE

OU OEUVRANT DANS LES ETABLISSEMENTS DU SECTEUR DE LA SANTE

1974

	Nombre	Répartition en %
Montréal (île)	61	45
Québec (métropolitain)	23	17
Autres régions du Québec	41	30
Hors du Québec	11	8
TOTAL	136	100%

SOURCE: Département d'Administration de la Santé, Université de Montréal

La majorité des 136 diplômés occupe des postes dans les centres hospitaliers, ce qui n'a rien d'étonnant étant donné la nature de leur formation. Du total, 67.7% de ces diplômés oeuvrent dans le réseau institutionnel des affaires sociales du Québec (centres hospitaliers, centres d'accueils, centres locaux des services communautaires). Le ministère fédéral de la Santé, le ministère des Affaires sociales du Québec et les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) emploient 16.9% de ces diplômés. Quant aux postes occupés dans le réseau d'établissements des affaires sociales, on note que 18.4% de ces diplômés sont directeurs généraux alors qu'on en trouve 48.5% dans les autres postes de cadre. Ces autres postes sont en général la direction des services professionnels, du nursing, des finances, du personnel, des services de soutien.

Enfin, pour ce qui est des 42 autres diplômés, le tiers de ceux-ci sont retournés à la pratique de la profession dans laquelle ils avaient préalablement été formés (médecins surtout, pharmaciens et infirmières). Seulement sept diplômés, soit moins de 4% du total, oeuvrent hors du secteur de la santé.

Il apparaît que le marché peut actuellement absorber au moins le nombre annuel de diplômés du département d'Administration de la Santé, soit de 10 à 12 administrateurs. A cause des législations récentes ce marché semble, de plus, davantage ouvert qu'autrefois. Ainsi dans la région socio-sanitaire de Québec, au cours des deux dernières années, il y eu environ 40 concours en vue de combler des postes de directeur général sur les 300 établissements du réseau des affaires sociales que compte cette région. Selon une étude récente conduite par l'Ecole Nationale d'Administration Publique (ENAP), près de 80% des directeurs généraux des centres d'accueil pour adultes n'auraient pas complété leurs études collégiales. A ce sujet, les commentaires de la Commission Castonguay-Nepveu[1] relatifs à la priorité qu'il faut accorder à la formation d'administrateurs compétents dans le secteur de la santé, sont encore d'actualité.

Une autre manifestation de la capacité réelle d'absorption en administrateurs ayant reçu une formation spécifique à cet égard est le fait que dans la région socio-sanitaire de Québec, les centres hospitaliers, le Conseil régional de la santé et des services sociaux (CRSSS) et en particulier le ministère des Affaires sociales engagent des diplômés de deuxième cycle de l'école de l'Administration de l'Université Laval.

---

(1) Rapport sur la Commission d'enquête sur la santé et le service social, vol IV, tome IV, 1970, page 83.

Dans les établissements du réseau des affaires sociales, nombreux sont les postes de cadres intermédiaires, tels les postes d'adjoints administratifs, qui exigent la formation de type opérationnelle dispensée au niveau du premier cycle en administration. A noter de plus que divers observateurs ont signalé que les détenteurs de baccalauréat en pharmacie, en diététique, en nursing, etc., n'ont souvent pas la formation adéquate ni surtout l'intérêt, pour devenir les gestionnaires des services auxquels ils sont affectés.

La carence de ressources professorales à l'échelle provinciale dans l'enseignement supérieur en administration des services de santé et des services sociaux, et surtout l'état embryonnaire de la recherche en planification et en évaluation dans le secteur de la distribution des services de santé, sont des facteurs soulignant le besoin d'orienter quelques diplômés universitaires vers ces secteurs.

6.1.1.3 Maintien de la compétence

Actuellement, le secteur du maintien de la compétence des administrateurs dans le domaine de la santé est plus ou moins bien organisé. Depuis près de 10 ans, l'Université de Montréal décerne un certificat en gestion d'hôpital à environ 300 personnes chaque année et oeuvrant dans les centres hospitaliers. De plus, l'Association des hôpitaux de la province de Québec organise depuis plusieurs années des colloques de quelques jours à l'intention des cadres de réseau. Enfin, depuis 1973, l'ENAP organise des sessions de 5 jours à l'intention des directeurs généraux des centres hospitaliers et des centres d'accueil.

Les cours donnés dans le cadre du certificat en gestion d'hôpital s'échelonnent sur une période de quatre ans et fournissent une introduction aux

caractéristiques générales de la gestion des centres hospitaliers. Les colloques organisés par diverses associations ne permettent généralement pas, vu la formation antérieure des divers cadres auxquels s'adressent ces colloques, d'approfondir les disciplines qui sont à la base de la science administrative. Enfin, les sessions intensives organisées par l'ENAP à l'intention des directeurs généraux des établissements n'ont pas eu le succès anticipé en raison de la faible assistance à ces séances, au moins, en ce qui touche les directeurs généraux des centres hospitaliers; cependant, une forte participation a été constatée en ce qui concerne les directeurs généraux des centres d'accueil.

6,1,2 Problématique

6,1,2,1 Selon les informations reçues, une formation spécifique en administration des services de santé semble préférable à une formation générale en administration puisque, semble-t-il, les nouveaux cadres supérieurs peuvent se révéler efficaces et utiles plus rapidement pour l'établissement. On nous a signalé que pour les employeurs d'un réseau hospitalier, l'expérience dans le milieu et en particulier le fait pour un candidat d'avoir obtenu une formation spécifique en administration hospitalière jouent un rôle important dans la décision de l'embaucher. Il semble donc qu'une formation spécifique en administration des services de santé, telle que recommandée par la Commission Castonguay-Nepveu, soit une formation désirable pour les établissements qui embauchent des cadres supérieurs.

6,1,2,2 Selon des observations, la capacité d'absorption du marché est telle que le nombre de diplômés du département d'Administration de la Santé pourrait être facilement doublé annuellement pour satisfaire les besoins des centres hospitaliers, des centres d'accueil, des organismes ré-

gionaux, des diverses directions du ministère des Affaires sociales et des institutions non-hospitalières tels que les Centres locaux de services communautaires (CLSC).

6.1.2.3 Il semble exister un besoin réel et important d'administrateurs adéquatement formés pour remplir les postes de cadres intermédiaires des établissements de services de santé. En effet les petits centres hospitaliers, les petits centres d'accueil et les autres établissements de petite taille forment la majorité des établissements du réseau des affaires sociales. L'obtention d'un deuxième cycle en administration ne serait pas absolument nécessaire selon les experts consultés pour remplir adéquatement dans ces cas, la majorité des postes de cadre.

6.1.2.4 Une autre question est celle de la création de nouveaux centres de formation de deuxième cycle en administration des services de santé, versus l'option de centraliser la formation en ce domaine à l'Université de Montréal. L'ENAP a déjà étudié l'opportunité de créer une option "maîtrise en administration des services de santé et des services sociaux". Après étude, la réalisation de ce projet a été remise à plus tard en particulier à cause de la carence de ressources professorales disponibles à court terme.

Par ailleurs le département d'Administration de la Santé de l'Université de Montréal, dont les ressources professorales sont présentées au tableau 2, pourrait accroître sensiblement le nombre de candidats acceptés dans son programme. De plus, la liaison académique existant entre ce département et l'Ecole des Hautes Etudes Commerciales, crée un important réservoir de ressources spécialisées dans l'enseignement de l'administration. Cependant, il n'est pas impensable que dans les années qui viennent, à cause de la capacité d'absorption du marché, en particulier en dehors des centres de Montréal et de Québec, on puisse songer à ouvrir un nouveau programme de deuxième cycle à l'ENAP ou à l'Université Laval.

TABLEAU 2

DÉPARTEMENT D'ADMINISTRATION DE LA SANTE
UNIVERSITE DE MONTREAL
RESSOURCES PROFESSORALES
1974

NOMBRE	DIPLOMES		
		Maîtrise	Ph.D
1	M.D.	Administration des services de santé	Administration des services de santé
1	M.D.	Administration des services de santé	
1		Administration des services de santé	
1			Sociologie
1			Recherche opérationnelle
2			Economique
Total 7			

SOURCE: Département d'Administration de la Santé, Université de Montréal.

6.1.2.5 Les centres d'enseignement dans le domaine n'ont pas encore fait suffisamment pour assurer le maintien de la compétence. Jusqu'ici le département d'Administration de la Santé de l'Université de Montréal, mise à part sa contribution au programme de certificat en gestion d'hôpital, n'a pas développé le programme touchant le maintien de la compétence pour les gestionnaires susceptibles d'assimiler utilement un enseignement de niveau universitaire. Le problème principal ici n'est pas le manque de

ressources professorales spécialisées dans l'enseignement de l'administration mais plutôt le fait que les gestionnaires du milieu ne peuvent se libérer efficacement de leurs activités normales pour pouvoir vraiment bénéficier de ce type d'enseignement.

6.1.3 Hypothèses de développement au titre de la formation universitaire en administration des services de santé

6.1.3.1 L'enseignement de premier cycle en administration est axé sur la formation de diplômés capables de détenir des postes d'exécutants qualifiés, rapidement opérationnels au sein d'un établissement. Les besoins de cadres intermédiaires dans le réseau des établissements de services de santé pourrait être adéquatement comblés par une politique d'engagement de diplômés de premier cycle en administration. A cet effet, il y aurait lieu pour les facultés des sciences de l'administration d'offrir des cours optionnels en organisation des services de santé et des services sociaux.

6.1.3.2 L'administration dans le domaine des affaires sociales n'étant pas une science en soi, la formation de deuxième cycle en ce domaine est nécessairement appliquée; la création d'un troisième cycle, axé sur la recherche et qui formerait des spécialistes en planification et évaluation des services de santé, pourrait être envisagée.

6.1.3.3 La planification et l'évaluation, dans le domaine des services de santé, sont des secteurs qui actuellement comptent peu d'experts. Un enseignement de troisième cycle au département d'Administration de la Santé de l'Université de Montréal, axé essentiellement sur la recherche, pourrait être développé sans que soient requises des ressources professorales additionnelles. Le nombre de candidats inscrits à ce programme serait forcé-

ment limité, non pas à cause de l'absence d'un marché pour les accueillir mais à cause du caractère très spécifique du domaine de la spécialisation.

La carence, ailleurs qu'à l'Université de Montréal, de ressources professorales qualifiées pour l'enseignement de l'administration des services de santé permet aussi de justifier la création de ce programme de troisième cycle.

6.1.3.4 Une quatrième hypothèse de développement cerne le maintien de la compétence pour les gestionnaires du réseau susceptibles d'utiliser à bon escient des enseignements de type universitaire dans le domaine de l'administration de la santé. Il n'y a pas lieu de croire qu'en ce domaine on doive nécessairement centraliser les efforts au département d'Administration de la Santé de l'Université de Montréal agissant conjointement avec l'Ecole des Hautes Etudes Commerciales. De fait, l'Ecole Nationale d'Administration Publique et les diverses écoles universitaires du Québec formant des administrateurs pourraient jouer un rôle dans ce domaine. Il est toutefois important que le ministère des Affaires sociales s'implique de façon importante dans l'élaboration d'une politique de formation et de perfectionnement propre à maintenir la compétence des administrateurs du réseau des services de santé.

6.1.4 Recommandations

En conformité avec la politique proposée par la Commission Castonguay-Nepveu, il est recommandé:

6.1.4.1 que les universités dans leur faculté des sciences de l'Administration, inscrivent à leur programme aux premier et deuxième cycles, des cours optionnels en organisation des services de santé, sans pour autant que l'ensemble de ces cours ne conduise à une spécialisation;

6.1.4.2 que l'Université de Montréal continue à offrir aux étudiants en administration un programme d'études conduisant à la maîtrise comportant une option santé;

6.1.4.3 que le département d'administration de la Santé de l'Université de Montréal accueille jusqu'à 20 étudiants annuellement dans son programme de deuxième cycle.

Compte tenu des besoins actuels et de la capacité du département d'Administration de la Santé de l'Université de Montréal, il est recommandé:

6.1.4.4 que le Comité conjoint des programmes du Conseil des universités et de la Direction générale de l'enseignement supérieur du ministère de l'Education n'approuve pas, du moins à court terme, un nouveau programme universitaire d'enseignement régulier de deuxième cycle en administration des services de santé et des services sociaux.

Eu égard aux besoins, au plan des ressources professorales et du développement de la recherche, il est recommandé:

6.1.4.5 que l'on étudie la possibilité d'implanter dans une université québécoise, de préférence dans le département de l'Administration de la

Santé de l'Université de Montréal, un programme de troisième cycle orienté vers l'étude du système de santé.

Compte tenu de l'état des besoins en terme de formation et de perfectionnement des cadres supérieurs et intermédiaires du réseau de santé et de l'urgence de développer une politique spécifique en cette matière, il est recommandé:

6.1.4.6 que le ministère des Affaires sociales étudie les besoins de formation et de perfectionnement des cadres supérieurs et intermédiaires des établissements du réseau de santé et, suite à cette étude,

- *qu'il adopte une politique générale de formation et de perfectionnement et,*

- *qu'il confie, aux institutions du réseau d'enseignement supérieur, le soin d'établir, de développer et de réaliser des programmes d'enseignement continu.*

6.2 L'ASSISTANCE MEDICALE

Après avoir considéré l'ensemble des éléments de ce dossier et après délibération, le Comité Directeur de l'Opération Sciences de la Santé (OSS) a convenu de clore le dossier et d'en reporter les éléments les plus significatifs au dossier des sciences infirmières, soit au chapitre 6.25.

De plus, certains des projets de recommandations proposés originalement dans le dossier de l'assistance médicale sont intégrés à celui des sciences infirmières.

Aux lecteurs qui désirent obtenir un complément d'information sur ce dossier de l'assistance médicale, il est possible de consulter les documents suivants à la Direction générale de l'Enseignement Supérieur du ministère de l'Education.

37-4003 - Dossier No. 11 - Sous-secteur Sciences infirmières
Etat des faits - Olive Goulet, juillet 1973

37-4005 - Dossier No. 2 - Sous-secteur - Assistance médicale
Etat des faits - Claude A. Lanctôt, janvier 1974

37-4021 - L'implantation des rôles nouveaux en nursing
Paul N. Bourque, septembre 1974

37-4023 - Dossier No. 10 - Sous-secteur Nursing, Perspectives d'avenir, Document de travail, Olive Goulet, juin 1974

6.3 LA MEDECINE DENTAIRE

Malgre la specificite de son champ d'activité, la medecine dentaire constitue certes l'un des secteurs des services de santé où les problèmes sont à la fois pressants et complexes. Le système actuel de distribution de soins dentaires curatifs est en effet incapable de repondre à la pression grandissante de la demande. Par contre, l'addition de deux nouveaux types de professionnels, les denturologistes et les hygiénistes dentaires, de même que la législation sur les mesures préventives obligatoires (comme la fluoration des eaux de consommation) vont rendre encore plus difficile l'évaluation précise des besoins de main-d'oeuvre dans ce champ d'activités. Il faudra peut-être attendre une décennie avant de connaître la véritable portée de ces nouvelles influences. Une certitude cependant se dégage avec force en depit de ces améliorations: les besoins en soins dentaires vont encore rester insatisfaits pour longtemps et l'urgence d'augmenter les effectifs demeure tout aussi vive.

6.3.1 Etat de la question

6.3.1.1 Les effectifs de la profession dentaire

Le Quebec comptait, à la fin de 1975, 2015 dentistes licencies, soit plus du double du nombre de dentistes (874) qu'on y trouvait en 1938. Cette augmentation du nombre de dentistes a tout juste suffi à s'ajuster à l'augmentation de la population. A titre d'exemple, le ratio dentiste/population en 1973 était

de 1/3275, alors qu'il était de 1/3594 en 1938. Au cours des dernières années, ce ratio s'est amélioré légèrement (il sera d'environ 1/3077 au 31 decembre 1975) mais trop faiblement si l'on considère la demande croissante en soins dentaires. Parmi les provinces du Canada (I), le Quebec occupe la 6ième position après la Colombie-Britannique, l'Ontario, l'Alberta, le Manitoba et l'Ile-du-Prince-Edouard. Le tableau 1 présente les données comparatives du Quebec, de l'Ontario et du Canada. A noter que le Canada ne sera vraiment pas dans une situation satisfaisante tant que le ratio n'atteindra pas 1/2000. Deux ou trois provinces au Canada peuvent espérer y arriver prochainement; le Québec ne peut en espérer autant dans les présentes circonstances.

En effet, pas moins qu'ailleurs, la population du Québec n'est à l'abri des maladies dentaires. Bien que l'ensemble de la population soit atteinte par ces affections, moins du tiers de celle-ci peut trouver effectivement les services requis en temps opportun car les temps d'attente pour ces services sont relativement longs étant donné le manque de dentistes. Il est donc juste de qualifier de dramatique cette situation.

Le mode de pratique professionnelle actuel est caractérisé par l'exercice en cabinet privé soit en solo soit en groupe de deux ou trois.

La répartition géographique des dentiste (omnipraticiens et spécialistes) en pratique est mise en évidence dans le tableau 2. Le déséquilibre qui existe entre la région métropolitaine de Montreal et le reste de la province tient autant pour les dentistes en pratique générale que pour les spécialistes.

---

(1) Paul Jean, Ecole de medecine dentaire, Universite Laval. Dossier OSS. no. 3, Chirurgie et hygiène dentaire, Partie 2, Etat des faits. Aout 1974, page 162.

Les spécialités dentaires se sont multipliées au cours des trois dernières décennies. Alors qu'avant 1945, on ne mentionnait comme spécialiste que les orthodontistes ou les chirurgiens buccaux, aujourd'hui on compte huit spécialités dentaires reconnues par l'Ordre des dentistes de la province de Québec. Ce sont: la chirurgie buccale, l'orthodontie, la périodontie, la prothèse, l'hygiène publique, l'endodontie, la pédodontie et la médecine buccale. L'Association dentaire canadienne en reconnaît même une de plus, la radiologie dentaire.

On comptait 154 spécialistes dentaires dans la province en 1973 (voir tableau 2). De ce nombre, environ un tiers comprend des orthodontistes, un cinquième des chirurgiens buccaux. Les autres spécialités comprennent chacune entre 8 et 20 membres. La position du Québec pour ce qui est de la proportionnalité des spécialistes dans l'ensemble de la profession dentaire soutient assez bien la comparaison avec les autres provinces du Canada. Pour le Canada tout entier, il y a 9% de spécialistes dans la profession dentaire: 8.5% au Québec, 9.4% en Ontario, 10.6% au Manitoba, 8.7% en Alberta et 9.6% en Colombie-Britannique. Il n'en reste pas moins que, dû au faible nombre de dentistes dont dispose la province de Québec, ses effectifs en dentistes spécialistes sont grandement déficitaires pour toute région qui se situe hors de la région de Montréal.

6.3.1.2 Les programmes de formation des facultés dentaires au Québec

Pour répondre aux besoins en omnipraticiens de la profession dentaire, il existe trois programmes de formation de dentistes actuellement au Québec et ceux-ci sont offerts par les universités de Montréal, McGill et Laval (dans ce dernier cas, les premiers diplômés sont attendus en 1975). Ce sont des programmes de formation professionnelle d'une durée de quatre années. De plus, l'Université de Montréal dispense déjà un programme de baccalauréat de trois ans dans le cadre d'un programme de formation des maîtres en hygiène

TABLEAU 1

NOMBRE DE DENTISTES LICENCIES ET QUOTIENT POPULATION/DENTISTE LICENCIE

1938-1973

ANNEE	DENTISTES LICENCIES			POPULATION/DENTISTES LICENCIES		
	CANADA	QUEBEC	ONTARIO	CANADA	QUEBEC	ONTARIO
1938	4,174	874	1,932	2,646	3,594	1,882
1948	4,601	1,059	2,032	2,778	3,503	2,055
1958	5,564	1,306	2,370	7,985	3,652	2,378
1968	6,713	1,582	2,810	3,036	3,709	2,536
1972	7,981	1,795	3,378	2,735	3,375	2,316
1973	8,325	1,864	3,513	2,680	3,275	2,286

SOURCE: Bureau des statistiques dentaires,
Association dentaire canadienne.

TABLEAU 2

REPARTITION DES CHIRURGIENS DENTISTES PAR REGION SOCIO-SANITAIRE EN 1973

REGION		DENTISTES		SPECIALISTES	
		Nombre	Taux par 10000 hab.	Nombre	Taux par 10000 hab.
1	Bas St-Laurent	19	0.84	0	-
2	Saguenay - Lac St-Jean	42	1.51	3	0.11
3	Québec	186	1.96	14	0.15
4	Trois-Rivières	85	2.05	3	0.07
5	Cantons de l'Est	62	2.84	4	0.18
6a	Montréal Métropolitain	988	4.50	122	0.56
6b	Laurentides/Lanaudière	73	1.77	1	0.02
6c	Sud de Montréal	174	1.99	4	0.50
7	Outaouais	45	1.81	3	0.12
8	Nord-Ouest	22	1.55	0	-
9	Côte Nord	10	0.97	0	-
10	Nouveau Québec	3	1.33	0	-
		1,710		154	

Québec

Canada

Etats-Unis

SOURCE: D'après le dossier régional. Dossier statistique 1974-75 M.A.S. Direction générale de la Planification, avril 1973.

dentaire. Ces mêmes universités dispensent aussi des programmes de formation de spécialistes. L'Université de Montréal offre des programmes de certificats dans les spécialités d'orthodontie et de pédodontie. Elle offre aussi des programmes de maîtrise en orthodontie et en biologie dentaire. L'Université McGill offre deux programmes de maîtrise professionnelle, l'un en chirurgie buccale, l'autre en prosthodontie. L'Université Laval, depuis deux ans, accepte un étudiant par année dans un programme qui mène à la certification en chirurgie buccale.

Il n'y a aucun programme de doctorat (scientifique) dans les écoles dentaires des universités du Québec; le seul programme qui existe au Canada est celui de l'Université de Toronto en biologie dentaire.

Le tableau 3 nous indique le nombre total d'étudiants diplômés, le nombre d'étudiants pour les deux cycles et la capacité d'accueil du programme de formation de maîtres en hygiène dentaire.

Le nombre de professeurs de carrière et d'auxiliaires d'enseignement apparaît au tableau 4. Du nombre de professeurs de carrière mentionné, soit 57, on peut évaluer à envrion 65%, soit 37, la proportion de ceux qui ont obtenu, en plus de leur diplôme professionnel, un cercificat de spécialité ou une maîtrise dans une spécialité dentaire; de plus, quatre d'entre eux sont également détenteurs d'un doctorat (PhD.).

TABLEAU 3

RELEVE DE LA POPULATION DES ETUDIANTS DANS LES FACULTES DENTAIRES DU QUEBEC EN 1974.

	Montréal	McGill	Laval	Total
Capacité d'accueil médecine dentaire	85	40	16	141
Etudiants diplômés	79	38	--	117
Total premier cycle	325	160	40	525
Total deuxième cycle	12	4	3	19
Capacité d'accueil formation/maîtres hygiène dentaire	15	--	--	15

SOURCE: Canadian Dental Faculty and Registered Staff (1973).- L'Association des facultés dentaires du Canada.

TABLEAU 4

LE CORPS PROFESSORAL DES ECOLES DENTAIRES
AU QUEBEC, (1973)

Ecole dentaire	corps professoral			Etudiants
	de carrière	demi-temps	temps partiel	
Laval	14	1	6	40
McGill	12	7	88	160
Montréal	31	10	62	325
TOTAL	57	28	156	525

Canadian Dental Faculty and Registered Staff (1973) - L'Association des facultés dentaires du Canada.

Les membres du corps professoral dans les facultés dentaires du Québec se plaignent des conditions de recrutement et de développement qui prévalent depuis ces dernières années. Le malaise origine des écarts de rémunération trop grands entre les carrières d'enseignement et l'exercice de la profession, plus particulièrement dans les spécialités qui se trouvent largement en demande. D'une part, les universités requièrent des nouveaux professeurs qui possèdent une formation au-delà du premier cycle pour les acheminer dans un plan de carrière. D'autre part, les diplômes additionnels sont ceux-là mêmes qui ouvrent l'accès à la pratique d'une spécialité. Ainsi donc, les universités ne retiennent, que peu de temps, les candidats les mieux préparés à faire l'enseignement et la recherche dans les sujets d'application clinique. Il se peut que les facultés dentaires soient au début d'une période difficile comme celles que les facultés de médecine ont connues au cours de la précédente décennie.

Les facultés dentaires des universités du Québec, (à ce point, elle ne diffèrent en rien des autres écoles dentaires du continent nord-américain) maintiennent sur les campus des services ouverts à la population dans le but d'alimenter leur enseignement clinique avec des cas tels qu'ils se présentent couramment. De tels services exigent une organisation ad hoc comprenant locaux, personnel et équipement en vue d'assurer le maximum de qualité aux soins rendus en même temps que l'optimum de choix dans les cas acceptés pour traitement. Cette particularité de l'enseignement dentaire est sujette à des contraintes qui peuvent lui venir a) de l'institution-mère si elle s'objecte à pourvoir un financement adéquat, b) de la clientèle servie si elle trouve que les services sont trop lents ou trop coûteux. Tout récemment, une contrainte s'est manifestée dû au fait que les soins dentaires aux enfants de 9 ans et moins sont entièrement défrayés par la RAMQ. Or, la RAMQ refuse de payer les soins donnés par les étudiants et les parents refusent de défrayer les universités pour ces mêmes soins. Par contre, les universités ne sont pas subventionnées directement pour ce genre de services à la population.

6.3.2 Problématique

Il faut tout de suite souligner que l'augmentation des services dentaires au Canada n'a jamais eu d'autre stimulus que celui de la demande. En aucun moment de l'histoire de la profession dentaire, a-t-on pu rationaliser un développement en fonction de besoins dûment evalués. Toute tentative faite au cours des dernières decennies pour amener les autorités gouvernementales à établir un indice de sante dentaire pour toute la population, au moins pour les tranches qui auraient davantage profité d'une organisation professionnelle mieux conçue, s'est soldée par un échec. Ces données n'ont pas alors été recueillies et elles manquent encore, alors qu'on sent toujours la nécessité d'une meilleure planification des effectifs professionnels dentaires.

Il est sans doute difficile d'améliorer la santé dentaire au Québec pour plusieurs raisons dont les plus évidentes sont le nombre insuffisant de dentistes, le coût élevé des soins, la mauvaise répartition régionale des dentistes, l'indifférence vis-à-vis des méthodes individuelles de prévention et la résistance aux programmes de fluoration. Par ailleurs, la demande réelle de soins dentaire augmente en raison de la valorisation des services dentaires et surtout de l'effet de déplacement produit par la gratuité des soins hospitaliers et médicaux. La demande de soins dentaires a aussi été accrue par la mise en marche du programme de soins dentaires pour les enfants de moins de 8 ans, lancé le premier mai 1974 par le ministère des Affaires sociales, défrayé par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) et étendu, depuis le 1er mai 1976 aux enfants de 10 ans et moins.

Les modes actuels de pratique professionnelle (pratique solo) orientés vers les soins d'urgence, la réparation des dents, la prothèse et les services dits de luxe, ont jusqu'ici accordé peu de place aux soins préventifs, à l'éducation dentaire et aux soins des enfants. Le travail en équipe, la substitution et la délégation des actes du dentiste à des auxiliaires, comme à l'hygiéniste

Par ailleurs cette accessibilité plus grande aux services dentaires qu'on espère réaliser soulève un autre problème qui est celui de la distribution géographique pour lequel peu de remèdes furent apportés jusqu'à maintenant. Il va de soi que le seul fait d'augmenter le nombre de dentistes ne corrigera pas nécessairement la mauvaise distribution. Aussi, faudrait-il penser à des mesures incitatrices telles qu'on les pratique en Ontario et en Colombie-Britannique.

L'analyse des prévisions des diplômes nous indique que l'augmentation du nombre de dentistes au Québec au cours des prochaines années repose uniquement sur l'Université Laval qui est en plein développement. Il faut noter que cette situation pourrait permettre à la région de l'Est du Québec d'obtenir une meilleure part de la répartition des dentistes au Québec.

L'une des mesures favorables à l'augmentation des services dentaires d'un type fort en demande a été la reconnaissance légale des denturologistes, professionnels affectés à la confection et à l'ajustement des prothèses amovibles. Cette mesure devrait en théorie augmenter la disponibilité des dentistes vu que cet aspect de leur responsabilité est transmise à d'autres, mais il est encore trop tôt pour mesurer les véritables effets de cette loi.

On a songé à modifier les programmes de formation du chirurgien-dentiste pour mieux s'adonner à des modes différents de pratique professionnelle. Les modifications proposées mettent l'accent sur la prévention, la direction d'équipes, des orientations plus spécialisées dans les domaines comme la chirurgie buccale et la dentisterie restaurative, ou vers des besoins de populations particulières, comme les enfants, les adolescents ou les personnes âgées. Dans la plupart des cas, ces modifications de programmes sont restées à l'état de projets et s'il existe des expériences en cours, elles sont très récentes et non encore concluantes.

dentaire, n'ont pas encore modifié le profil de pratique du dentiste généraliste. En comparaison avec le médecin qui s'est entouré, surtout à l'hôpital, d'un personnel varié et évolué, le dentiste demeure un entrepreneur isolé, avec un personnel qu'il a lui-même formé. En fait, le prototype de l'équipe dentaire au Québec est constitué d'un dentiste aidé d'une ou deux assistantes dentaires. Depuis récemment, leurs rôles ont varié selon des expériences différemment acquises et selon la liberté de plus en plus grande qu'ont prise leurs employeurs à leur confier des tâches professionnelles. Cette tendance rend difficile toute évaluation de la productivité réelle de la profession et peut retarder l'introduction de tout mode de pratique qui repose sur une composition différente de la présente.

Cette situation problématique ne se règlera pas seulement par une augmentation du nombre de dentistes surtout s'ils continuent à s'intéresser aux soins correctifs, soins qui interviennent toujours trop tard et sont généralement très coûteux. Une condition essentielle de changement est la mise en oeuvre de mesures de prévention au plan individuel comme au plan collectif. La fluoration de l'eau de consommation et l'éducation de la population à l'hygiène dentaire resteront longtemps encore parmi les moyens les plus sûrs d'améliorer la santé dentaire.

Une autre condition, non moins importante, est la réduction du coût des soins que doit assumer le patient. Elle intervient pour le moment à travers le programme d'assurance-maladie dentaire pour les enfants de 9 ans et moins, mais elle jouera pleinement quand le programme sera étendu à d'autres groupes (assistés sociaux, personnes âgées) et que les plans d'assurance privée attireront de grands groupes d'adultes.

Rien non plus n'a été fait pour encourager des modes différents de distribution de soins dentaires (cliniques scolaires, cliniques communautaires de type CLSC et avec hygiénistes et denturologistes) ni pour proposer des modes différents de rémunération (vacation et salariat) pour aider à changer les clientèles autant que les equipes de traitants.

Le nombre et les types de spécialistes à former devient un sérieux problème. Ce n'est qu'en Amérique du Nord qu'il y a eu une si grande prolifération de spécialités dentaires. La majorité des provinces du Canada ont suivi l'exemple des Etats-Unis et ont reconnu la plupart des spécialités mentionnés à la page 223. Sans vouloir mettre en doute les services qu'elles rendent, on peut se demander si la tendance actuelle doit s'étendre davantage ou si l'on doit songer à un meilleur partage du champ professionnel de façon à rendre ces mêmes services plus nombreux, plus accessible, plus économiques. L'inquiétude qui se manifeste actuellement aux Etat-Unis, qui sont à l'origine des tendances d'hyperspécialisation, devant les multiples problèmes que pose le morcellement des responsabilités professionnelles, porte à réfléchir.

Toute évaluation relative à la quantité de spécialistes dentaires serait rendue plus facile si l'organisation de première ligne (omnipraticiens avec auxiliaires et denturologistes) était déjà en mesure de répondre aux besoins de toute la population pour les soins de ce niveau. En effet, dans l'etat actuel des choses, le partage des zones d'activité entre la pratique générale et les spécialités ne s'est pas fait selon des niveaux de difficultés qui font appel à des compétences additionnelles, mais plutôt selon un découpage vertical qui laisse aux spécialités une autonomie presque complète sur tous les traitements dans un domaine, par exemple, l'orthodontie.

Il faut noter que la très grande majorité des 140 specialistes au Québec ont fait leurs etudes de specialité en dehors du Canada. On devra continuer pour quelques temps encore à favoriser la formation de spécialistes à l'etranger

puisqu'il est difficile actuellement de réaliser la mise sur pied de programmes dans toutes les specialites dentaires au Québec.

Une question qui se rattache au moins en partie à cette discussion sur les spécialites dentaires, est celle des internats et residences dans les hôpitaux de cette province. Il y a actuellement près d'une cinquantaine de postes d'internes et de résidents dans les hôpitaux universitaires de Montréal, Québec et Sherbrooke. De plus en plus, les hôpitaux reconnaissent l'importance de services dentaires bien organisés et bien pourvus en personnel. Une façon d'y arriver, c'est en maintenant des programmes d'internat. Dans quelques hôpitaux, ces postes servent effectivement de stages de formation pour des étudiants inscrits dans des programmes de specialités. Dans les autres cas, il s'agit uniquement de stages rémuneres qui donnent l'occasion à des récents diplômés de prendre une experience additionnelle dans le champ des soins dentaires dispensés en milieu hospitalier. On peut se féliciter de voir le nombre de ces postes augmenter, on peut même souhaiter qu'idéalement, ils viennent à atteindre le nombre des diplômes des écoles dentaires du Québec. Le temps est arrivé où il faut définitivement s'interroger sur la nécessite d'imposer une année de stage obligatoire à tout finissant des facultés dentaires de nos universités. Une telle disponibilité favoriserait des transformations de programme au niveau du 1er cycle et faciliterait l'implantation de certains programmes de spécialités, notamment la chirurgie buccale et la pathologie dentaire.

La recherche dentaire mise à l'honneur en France, en Angleterre et en Allemagne au siècle dernier, est devenue une activité habituelle des écoles dentaires dès que celles-ci se sont affiliées aux universites. La valeur et le rendement de cette recherche ont connu des variations extrêmes jusqu'en 1950. Mais, depuis les derniers vingt-cinq ans, ce domaine a pris un essor imprévu. Dans la plupart des pays européens et surtout en Amérique du Nord, les écoles

dentaires sont devenues des foyers actifs de recherche grâce aux subventions substantielles dont elles ont joui et des hommes de science qu'elles ont pu attirer. C'est au cours de ces années que des succès inespérés ont été enregistrés dans la lutte contre la carie dentaire et les maladies péridentaires. La cause de ces maladies a été élucidée et les moyens de la prévenir ont été mis à la portée de tous les individus. Des champs nouveaux de connaissance, comme la cariologie, l'occlusologie, les matériaux dentaires, la biologie dentaire, reunissent des équipes de chercheurs empruntés aux disciplines scientifiques traditionnelles et les occupent à la poursuite de solutions aux problèmes complexes que posent d'autres maladies qui ont aussi leur origine dans la bouche ou encore qui présentent là des manifestations douloureuses ou debilitantes.

Dans cette poussée vers la recherche dentaire, les écoles dentaires du Québec semble avoir manqué de souffle. Elles ont ete plus lentes que plusieurs des autres écoles du Canada à s'organiser des laboratoires, à se pourvoir d'équipes de chercheurs, à recueillir des fonds en provenance des agences de subvention. Ce retard a eu des répercussions non seulement sur la production scientifique mais sur le climat de créativité qui doit normalement se retrouver dans ces écoles universitaires. Les explications à cette différence se trouvent facilement. L'important n'est pas là. Il est dans l'obligation de remedier à cet état de choses en favorisant l'apport de conditions qui va leur redonner la chance d'un nouveau départ. Il faudra éliminer les obstacles qui les ont exclues des sources d'approvisionnement. Ces obstacles étant des politiques de subvention insuffisamment ouvertes aux problèmes qu'elles presentent. Le resultat est de toute façon assez regrettable pour qu'on s'intéresse à des formules plus rentables pour la recherche dentaire. Les conséquences d'une absence d'activités de recherche sur l'éclosion et le développement des programmes de 2è cycle et sur l'enrichissement des programmes de 1er cycle sont assez connues sans qu'on insiste davantage. Quantité d'études urgentes ne sont pas

entreprises faute de personnel qualifié pour les entreprendre, les exécuter, les diriger. Les universités du Québec pourraient, à bon droit, s'enorgueillir de la qualité de l'enseignement dentaire, si la composante recherche venait y ajouter son relief.

En raison de l'absence de concertation entre les Ecoles dentaires et l'Ordre, aucune politique particulière ne s'est développée au plan du maintien de la compétence professionnelle. Les universités n'ont pas été incitées à produire les ressources professorales pour mettre en marche des programmes dans ce domaine. Une autre conséquence réside dans le fait que l'Ordre des dentistes, en vertu de la Loi 250, se retrouve avec de grandes responsabilités au plan de la formation continue mais avec assez peu de moyens. Enfin, le mode de pratique actuel du dentiste comporte peu d'incitatifs pour la promotion et le maintien de la compétence.

Il est un problème qui se rattache à la question du maintien de la compétence professionnelle. C'est celui du recyclage des dentistes étrangers qui ne peuvent obtenir leur permis d'exercer. Au cours des dix ou quinze dernières années, plus d'une centaine de dentistes francophones ont immigré au Canada, avec l'espoir de pouvoir y exercer leur profession. La plupart n'ont pu se qualifier faute de programmes assez bien structures pour leur permettre de se mettre au rang des exigences de l'exercice professionnel actuel et local. Le gouvernement provincial, les universités et l'Ordre des dentistes désirent convenir des mesures à prendre pour que ce groupe de dentistes étrangers acquièrent la compétence exigée.

6.3.3 Hypothèses de développement

Il ressort de la discussion précédente que la plupart des facteurs qui vont influencer les services dentaires au cours des prochaines années mettront davantage en évidence l'insuffisance des effectifs en professionnels dentaires et l'inadaptation de leur mode de pratique aux besoins de la population. Il convient de faire quelques hypothèses de développement devant la situation qui s'annonce.

6.3.3.1 Augmentation des nombres actuels des diplômés des écoles dentaires sans modification par rapport à la situation actuelle.

Selon cette hypothèse, la pratique professionnelle continue de s'exercer en solo et se concentre surtout sur les soins dits de restauration et laisse ainsi trop peu de place à la prévention et autres aspects de la pratique dentaire. Il faut cependant augmenter le nombre de dentistes pour au moins rencontrer les ratios dentistes/population qui seront prévalents au Canada en 1980. En effet sur la base de 1946 dentistes licenciés au 1er janvier 1975 et un ratio dentiste/population de 1/3155, il faudrait former, en moins de cinq ans, plus de 1,000 nouveaux dentistes, soit 250 par an pour s'approcher en 1980 du ratio souhaitable de 1/2000. Cette mesure aurait sûrement pour effet d'améliorer la position du Québec sur le plan de la répartition territoriale des dentistes.

Cependant il faut ajouter que l'adoption d'une telle mesure n'a que peu d'effet sur le type de soins et la répartition des dentistes dans le champ de la pratique générale ou spécialisée. Elle demeure néanmoins irréaliste avec l'échéance indiquée, car les écoles dentaires du Québec ne peuvent former 250 diplômés dans ce laps de temps. Leur taux actuel de production est de 135 à 150 par an. Il dépassera 150 à la fin des années '70. A ce rythme, on peut estimer atteindre le ratio 1/2500 vers 1980, mais celui de 1/2000 ira au-delà de 1990 et sous la condition expresse que les diplômés de ces écoles choisiront en totalité de s'établir au Québec.

6.3.3.2 Généralisation de la fluoration

Cette mesure d'hygiène publique a pour effet d'augmenter la résistance à la carie et par conséquent de diminuer la quantité de soins de restauration requis pendant la période de croissance. Par ailleurs, elle entraînera un effet de déplacement vers d'autres soins comme ceux d'orthodontie et de périodontie.

Si la population, en plus, manifeste un accroissement d'intérêt pour les interventions de nature préventive, la pratique dentaire sera définitivement engagée dans une orientation différente mais sa tâche ne sera pas pour autant réduite.

Il est donc probable que la demande de soins dentaires ira en progressant et que les dentistes en exercice seront de moins en moins capables de suffire à la tâche. Il est connu que les effets bénéfiques issus de la fluoration généralisée de l'eau n'apparaissent sensiblement qu'une dizaine d'années après l'implantation d'une telle mesure. Même en comptant sur les effets maximaux de la fluoration, il est indiqué de viser à une augmentation de la production des diplômés pour atteindre le ratio dentistes/population proposé dans la première hypothèse, soit 1/2000.

6.3.3.3 Modèles d'équipes dentaires

Cette hypothèse s'appuie sur le principe de l'existence d'une collaboration efficace entre le ministère des Affaires sociales et l'Ordre des dentistes du Québec, et propose comme objectif la formation d'équipes dentaires qui regrouperaient des dentistes, des techniciens et des auxiliaires dentaires en fonction de besoins particuliers au niveau de certains groupes de la population. La constitution de telles équipes assurerait une augmentation de la productivité de la profession dentaire en même temps qu'elle règlerait, au moins partiellement, le problème de la mauvaise distribution géographique.

Le rendement accru du dentiste par le support des autres membres de l'équipe diminuerait l'urgence d'augmenter le nombre de dentistes. De plus, on pourrait arriver à une meilleure répartition des tâches entre les dentistes omnipraticiens et les spécialistes.

Par contre, il faudra compter sur un plus grand nombre d'auxiliaires et de techniciens qui formeront equipe avec les dentistes omnipraticiens et spécialistes. Cette démarche implique également que la prévention dentaire devrait occuper une plus grande place dans la distribution des services dentaires.

Au plan de la formation, cette hypothèse entraînerait une modification du contenu et de l'orientation du programme de formation en médecine dentaire, notamment en mettant un peu moins l'accent sur la restauration et un peu plus sur les soins spécialisés qui sont actuellement pourvus par les spécialistes.

Comme la législation qui s'appliquera aux auxiliaires dentaires n'est pas encore annoncée, il est difficile de prévoir ce que sera l'étendue de leurs fonctions et leur degré d'autonomie. Il va de soi que plus leur formation sera poussée et qu'on tiendra compte, dans les responsabilités confiées, des enseignement reçus et des habilités acquises, plus on évoluera vers des formes d'équipes qui assureront une plus grande augmentation de la productivité de la profession dans son ensemble.

6.3.4 Recommandations

Compte tenu de l'évidence des nombreux besoins dans ce secteur et notamment au plan des ressources humaines et de l'implantation de mesures de prévention, il est recommandé:

6.3.4.1 que les facultés dentaires existantes étudient la possibilité d'accroître leur capacité d'accueil en vue d'amener la mise en disponibilité de 200 diplômés dans les délais les plus brefs;

6.3.4.2 que les universités pourvoient les facultés dentaires de personnel enseignant et des autres ressources nécessaires, pour la poursuite des programmes actuels dans de meilleures conditions et pour entreprendre l'expansion souhaitée;

6.3.4.3 que les programmes de formation des dentistes et auxiliaires dentaires tiennent compte de l'importance de la prévention qui peut s'exercer sous l'influence de la profession dentaire et des changements recommandés sur le plan de l'organisation des soins en équipe;

6.3.4.4 que le ministère des Affaires sociales fasse appel aux ressources professorales et étudiantes dans l'implantation de sa politique de prévention en médecine dentaire.

Eu égard à la création de programmes de formation des spécialistes dentaires et aux demandes d'approbation de programmes déjà soumises par les universités de Montréal et McGill, il est recommandé:

6.3.4.5 qu'une étude soit entreprise afin de connaître au plus tôt quels sont les véritables besoins en spécialistes dentaires et que les universités et l'Ordre des dentistes du Québec participent conjointement à cette étude;

6.3.4.6 que soient créés les programmes de formation de spécialistes dans les domaines où les besoins sont plus pressants et, s'il le faut, qu'on intensifie l'effort des programmes déjà en marche.

Relativement à l'organisation des services dentaires et à la nécessité d'expérimenter de nouveaux modes de pratique, il est recommandé:

6.3.4.7 que soit encouragée l'expérimentation des modes de pratique afin de mieux adapter la main-d'oeuvre dentaire aux différents besoins et que les universités jouent un rôle important dans ces activités;

6.3.4.8 que le ministère des Affaires sociales mette à jour les besoins des québécois en soins dentaires et qu'à partir de ces données il apporte les changements nécessaires dans les structures des services de santé;

6.3.4.9 que les facultés dentaires des universités du Québec collaborent avec le ministère des Affaires sociales pour que les nouvelles structures des services de santé tiennent compte des aspects dentaires et que leurs étudiants y trouvent les éléments de formation qui leur ont manqué jusqu'à présent;

6.3.4.10 que les programmes de formation d'auxiliaires dentaires (hygiénistes et autres) soient maintenus afin d'assurer à la profession dentaire l'aide technique dont elle a besoin.

Au plan de la recherche et du maintien de la compétence professionnelle en médecine dentaire, il est recommandé:

6.3.4.11 que le gouvernement du Québec reconnaisse une priorité à la recherche en santé dentaire et adopte une politique ferme en conséquence.

6.3.4.12 que le maintien de la compétence professionnelle en médecine dentaire s'engage dans les développements rapides et que les ressources pour le faire soient mises en disponibilité.

6.4 LA DIETETIQUE

La diététique traite de l'application de la science de la nutrition à l'alimentation optimale des personnes et des groupes.

L'alimentation ne résout pas tous les problèmes de la maladie mais elle est peut-être une des bases les plus importantes de la santé. Aussi, même si son champ actuel d'activité déborde considérablement les cadres d'une intervention thérapeutique aux effets immédiats et palpables comme l'est celle du chirurgien, du pharmacien ou du physiothérapeute, la diététique est-elle de plus en plus universellement considérée comme l'une des professions de la santé.

6.4.1 La situation actuelle

6.4.1.1 Les données sur la profession

Des 648 diététistes, membres de la Corporation des diététistes du Québec, au 1er juin 1973, 584 pratiquent activement soit 90%; de ceux qui pratiquent 98,8% sont des femmes et de langue française dans 78,1% des cas. La profession de diététiste est relativement jeune car, en 1973, 73,3% des professionnels en exercice ont moins de 15 années de pratique professionnelle. Seulement 9,2% des professionnels en exercice sont détenteurs d'une maîtrise et 1,0% détiennent un doctorat.

La répartition des diététistes professionnels actifs selon le milieu de travail qui apparaît au tableau I, nous indique que 67,5% d'entre eux oeuvrent dans le secteur hospitalier et de ce nombre, 30% s'adonnent à la diététothérapie. Parmi les 32,5% de diététistes qui travaillent hors du milieu hospitalier, pas moins de 11,3% occupent des tâches d'enseignement et de recherche.

Au plan de la répartition territoriale de ces professionnels, présentée au tableau 2, pas moins de 87,3% des 584 diététistes sont employés dans les régions de Montréal (66,8%) et de Québec (20,5%) tandis que le Bas-St-Laurent, la Gaspésie, le Saguanay-Lac St-Jean, l'Outaouais et le Nord-Ouest sont des régions défavorisées sur le plan de la répartition des diététistes.

6,4,1,2 Les programmes d'enseignement

Trois universités québécoises dispensent présentement un enseignement en diététique au premier et deuxième cycles.

6,4,1,2,1 Programmes de baccalauréat

Les universités de Laval, Montréal et McGill offrent des programmes de baccalauréat en diététique auxquels programmes 267 étudiants étaient inscrits en 1973. De plus, le tableau 3 nous indique que près de 50% du total des étudiants soit 130, étaient en 1973, des admis en première année.

TABLEAU I

REPARTITION DES DIETETISTES EN EXERCICE SELON LE MILIEU DE TRAVAIL ET LE TYPE DE FONCTION (1971-1973)

	1971		1972		1973	
D'après le milieu de travail et le type de fonction						
En milieu hospitalier						
Administration	153		130		124	
Diétothérapie	163		173		181	
Recherche - enseignement Consultations externes	24		27		41	
Fonctions combinées	30		35		48	
Sous-total	370	(73,6%)	365	(67,6%)	394	(67,5%
Hors du milieu hospitalier						
Administration de services alimentaires	43	(8,6%)	47	(8,7%)	52	(8,9%)
Enseignement - Recherche	48	(9,5%)	79	(14,6%)	66	(11,3%
Divers: Consultation privée Action communautaire Sous-Total	42	(8,3%)	49	(9,1%)	72	(12,3%
Information - Publicité	133		175		190	
Total	503	100%	540	100%	584	100%
D'après le temps consacré à l'activité professionnelle						
Temps complet	419	(85,3%)	428	(79,3%)	466	(79,8%
Temps partiel	72	(14,7%)	112	(20,7%)	118	(20,2%
Total	491	100%	540	100%	584	100%

SOURCE: Sévigny, Jeannine, Dossier OSS, no. 4, sous-secteur, Dietetique Etat des faits, Opération Sciences de la santé, Québec, septembre 1973, page 35.

TABLEAU 2

REPARTITION DES DIETETISTES EN EXERCICE SELON LA REGION ADMINISTRATIVE (1971-1973)

	Population au recensement de 1971	1971	1972	1973
Bas St-Laurent - Gaspésie	334,748	3	5	7
Saguenay - Lac St-Jean	279,879	5	6	9
Québec	941,694	90 (18,3%)	112 (20,7%)	120 (20,5%)
Trois-Rivières	420,694	14	19	20
Cantons de l'Est	224,184	19	22	23
Montréal	3 423,458	354 (72,1%)	364 (67,4%)	390 (66,8%)
Outaouais	243,352	3	8	6
Nord Ouest	147,223	0	1	4
Côte Nord	100,460	3	3	5
Nouveau Québec	11,082	0	0	0
Total	6,024,624	491	540	584

SOURCE: Sevigny, Jeannine, Dossier OSS, no. 4, op. cit., page 36.

TABLEAU 3

REPARTITION DES ETUDIANTS ADMIS ET DIPLOMES

EN DIETETIQUE SELON L'UNIVERSITE (1973)

1972-73	Université de Montréal	Université Laval	Université McGill	Total
Etudiants admis en 1ère année	44	51	35	130
Etudiants totaux	108	82	77	267
Etudiants diplômés en 1973	22	9	23	54

A ces nombres, il faut ajouter 32 étudiants québécois qui sont inscrits à l'Université d'Ottawa au premier cycle.

6.4.1.2.2 Programmes de maîtrise

Les trois universités (Laval, Montréal et McGill) dispensent également des programmes de maîtrise de recherche; de plus, les universités de Montréal et McGill offrent un programme de maîtrise professionnelle en nutrition (M.Nut.). Dans les deux types de maîtrise, la durée des études est un minimum de deux années; le nombre d'étudiants inscrits à ces programmes apparaît au tableau 4.

TABLEAU 4

NOMBRE D'ETUDIANTS EN DIETETIQUE ET NUTRITION

2e cycle - au Québec - 1972-73

	Maîtrise de recherche				Maîtrise professionnelle		
	1ère	2ième	3ième	Total	1ère	2ième	Total
Laval	1	1	1	3	-	-	-
McGill	-	1	-	1	-	2	2
Montréal	2	4	5	11	5	-	5
Total	3	6	6	15	5	2	7

D'autre part, le nombre de diplômés de 1968 à 1972 pour la maîtrise de recherche s'établissait de la façon suivante: Laval: 4 diplômés; McGill: 5 diplômés et Montréal: 11 pour un total de 20. L'Université McGill a décerné, en 1972, 4 diplômes de maîtrise professionnelle en diététique.

Enfin, en 1972, 46 des 61 diplômés du baccalauréat en diététique, soit 75%, étaient inscrits aux programmes d'internat dispensés dans cinq hôpitaux du Québec dont quatre sont situés dans la région de Montréal et l'autre à Québec.

6.4.1.3 Le corps professoral

Le corps professoral des programmes d'enseignement en diététique groupe 33 professeurs répartis, selon le tableau 5, de la façon suivante:

TABLEAU 5

REPARTITION DES PROFESSEURS DE DIETETIQUE PAR UNIVERSITES

SELON LE STATUT ET LE DERNIER DIPLOME OBTENU (1972-73)

	Total	Temps complet	Temps Partiel	Avec Bac.	Avec Maîtrise	Avec Doctorat
Laval	9	8	1	-	6	3
McGill	10	8	2	1	6	3
Montréal	14	12	2	1	8	5
Total	33	28	5	2	20	11

6,4,2 Problématique

Les besoins en diététistes au Québec sont bien connus: centres hospitaliers des régions éloignés, système scolaire, enseignement collégial, consultation auprès des malades non-hospitalisés, etc. De plus, il existe des besoins évidents au plan de l'éducation en nutrition et de l'action communautaire et les résultats de l'enquête Nutrition-Canada ont permis d'identifier systématiquement ces besoins. A l'approche actuelle de type diétothérapie à l'hôpital, il y aurait possibilité de développer la promotion de la nutrition en milieu familial et scolaire.

Au plan de la formation, il y a trois problèmes importants, soit ceux des stages, des ressources professorales et des étudiants. Durant la formation universitaire, il y a peu de stages valables en milieu de santé ou ailleurs. D'autre part, l'internat requis par l'Association canadienne

des diététistes conduit au titre de diététiste professionnel. L'analyse des données pertinentes (1) nous indique que, des 46 places occupées par des internes en diététique au Québec, 37% le sont par des non-Québécois anglophones, (17/46) et 13% par des non-Canadiens (6/46).

Ce qui a pour effet d'amener les diététistes québécois à parfaire leur internat à l'extérieur du Québec. Au niveau des ressources professorales, il existe un déficit de moniteurs cliniques pour "superviser" les stages pratiques. Pour sa part, le recrutement des étudiants augmente sensiblement depuis 1970 après une période de fluctuation dans le nombre de diplômés du premier cycle en diététique durant les années précédentes. D'autre part, il existe cinq programmes de maîtrise en diététique au Québec et on ne comptait en 1972 que 4 diplômés en maîtrise de recherche et 4 en maîtrise professionnelle; de plus, l'ensemble des programmes de maîtrise en diététique au Québec de 1968 à 1972 n'a produit que 24 diplômés pour près de 600 diététistes.

Au plan professionnel, il faut relever la répartition territoriale très inégale des professionnels, alors que 87.3% d'entre eux pratiquent à Montréal ou à Québec. Les institutions de santé présentent des besoins importants et manquent de professionnels de la diététique. L'articulation des tâches entre les techniciens et les diététistes n'est pas encore satisfaisante, et l'augmentation fulgurante du nombre d'étudiants en techniques de diététique n'arrangera pas les choses. En effet, la clientèle étudiante des programmes de techniques de diététique au Québec en 1972-73 s'établissait à 804 étudiants, dont 414 en première année. De plus, il n'est pas encore évident que le réseau hospitalier puisse les absorber ni que le réseau communautaire (scolaire, industriel) puisse également les intégrer.

---

(1) Sévigny, Jeannine, Dossier OSS, no. 4, op. cit., page 21.

6.4.3 Hypothèses de développement

En fonction des besoins actuels et nouveaux, il y a lieu de considérer certaines hypothèses ou futurs possibles tant au plan de la formation que de la pratique professionnelle.

6.4.3.1 Le statu quo

Il pourrait s'agir de maintenir le statu quo actuel tout en l'améliorant sensiblement. Au plan quantitatif, il y aurait augmentation du nombre d'étudiants au deuxième cycle et un accès vers un programme de doctorat en nutrition dans certaines ou chacune des universités qui dispensent déjà les programmes de baccalauréat et de maîtrise. Les programmes de stages seraient intégrés aux programmes réguliers de premier cycle. Enfin, il y aurait limitation du nombre de diplômés des techniques de diététique et un élargissement du programme vers des carrières en alimentation plutôt qu'en diététique proprement dite.

6.4.3.2 La promotion de la nutrition

D'autre part, plutôt que de référer strictement à la diététique, il pourrait s'agir de promouvoir la nutrition et le regroupement de tous les professionnels dans ce domaine. L'accent serait alors mis sur l'action communautaire, l'éducation, l'information, et le champ d'application couvrirait également la production et le marketing sans oublier la diététothérapie. A un internat professionnel, axé sur la diététothérapie surtout en milieu hospitalier effectué souvent hors du Québec et requis par la corporation, pourrait se substituer un stage universitaire intégré au programme régulier de premier cycle et axé sur la nutrition, d'une durée de

deux trimestres, effectué en milieu de santé (centres hospitaliers, CLSC, etc.). Au plan quantitatif, il s'agirait de limiter les admissions aux programmes de diététique aux nombres actuels en attendant de mieux évaluer l'impact de l'arrivée des techniciens en diététique sur le marché du travail. Il n'y aurait de place que pour un seul programme de troisième cycle en nutrition au Québec, et la possibilité de poursuite d'études avancées (PhD) en nutrition serait facilitée soit dans des départements connexes à la diététique, soit dans des centres multidisciplinaires.

C'est donc dire que la formation universitaire permettra à la profession d'évoluer selon des tendances qui se manifestent déjà. Les diététistes continueront d'oeuvrer dans les unités de soins et les services alimentaires des grands centres hospitaliers. Mais on devrait en retrouver un nombre de plus en plus considérable en dehors de l'hôpital, dans les institutions de santé en général, dans les services d'alimentation offerts à des collectivités de bien-portants, au sein de l'industrie agro-alimentaire, etc. Dans le domaine de la santé, les diététistes devraient être rattachés à des services spécialisés en milieu hospitalier (pédiatrie, diabétologie) et dans le cadre d'équipes multidisciplinaires. En santé communautaire, les diététistes devraient oeuvrer au milieu de clientèles particulières: obèses, alcooliques, toxicomanes, personnes agées, etc. Une certaine délégation des tâches au profit des techniciens en diététique (CEGEP) permettrait de diminuer les coûts des soins et de l'alimentation collective.

6.4.4 Recommandations

Compte tenu des études effectués qui ont permis d'identifier des besoins et rôles nouveaux pour les diplômés en diététique, il est recommandé:

6.4.4.1 que les trois programmes universitaires de baccalauréat en diététique soient maintenus mais que leur curriculum soit remanié de façon à mieux préparer les diététistes à la promotion de la nutrition.

Relativement à la formation pratique des diététistes, il est recommandé aux universités:

6.4.4.2 que les programmes réguliers de baccalauréat intègrent les stages pratique (internat) et que ces stages soient diversifiés, axés sur la nutrition humaine et effectués en milieu hospitalier, scolaire, industriel et communautaire ainsi que dans des régions défavorisées (6.4.4.2);

6.4.4.3 que cette intégration universitaire des stages soit facilité en utilisant les moyens suivants:

i- le maintien du nombre actuel d'admission aux programmes de baccalauréat en diététique;

ii- l'engagement de moniteurs cliniques dans le cadre des contrats d'affiliation entre l'université et l'établissement de soins;

iii- la mise en place de projets conjoints en vertu des contrats d'affiliation entre les établissements de santé et les universités.

Il est également recommandé:

6.4.4.4 que le ministère des Affaires sociales envisage la création de nouveaux postes de diététistes dans le réseau d'établissement de santé afin de développer ses programmes de nutrition.

Face à l'expansion des programmes en techniques de diététique, il est recommandé:

0.4.4.5 que le ministère de l'Education analyse et revise le nombre actuel et l'expansion des programmes en techniques de diététique en attendant de mieux évaluer l'impact de l'arrivée de techniciens sur le marché du travail.

Compte tenu de la pénurie de professionnels de la nutrition, de la nécessité d'augmenter la recherche en nutrition et de situer la diététique dans le champ plus large de la nutrition, il est recommandé:

0.4.4.6 que chaque université regroupe l'ensemble de ses programmes de deuxième cycle et des chercheurs, dans le champ de la nutrition, et que ces programmes soient revisés pour attirer plus de candidats.

Compte tenu du nombre relativement restreint de spécialistes universitaires en nutrition au Québec et du peu de recherches effectuées en ce domaine, il est recommandé:

0.4.4.7 qu'un programme de troisième cycle en nutrition soit implanté dans les meilleurs délais.

6.5 LE PREMIER CYCLE EN MEDECINE

6.5.0 Introduction

La place que la médecine occupe dans le système de santé et celle des médecins dans le réseau de soins curatifs font de cette profession le pivot et le centre d'intérêt de toute étude sur les sciences de la santé et la cible de toutes les critiques. Qu'il s'agisse de problèmes de formation (des professionnels de la santé), de planification pour les prochains dix ans ou plus, de projection des besoins dans ce secteur ou d'élargissement des rôles, tous et chacun sont le plus souvent définis en regard des structures et du mode de fonctionnement du milieu médical. Même si le Code des professions indique une autonomie des différents professionnels, la réalité démontre que cette autonomie est relative et que l'équipe de soins est plus souvent qu'autrement centrée autour du médecin.

Si la "santé est malade", pour reprendre l'expression de Illich, il est naturel d'en accuser le médecin. En effet, si le coût de la maladie augmente, le médecin en est tenu responsable. Par contre, si l'on voit apparaître une innovation, spontanément, on y associe volontiers les administrateurs hospitaliers, l'université et quelquefois le ministère des Affaires sociales plutôt que les médecins initiateurs du projet.

Il semble bien aussi que toute réforme du système, que toute orientation nouvelle des efforts doivent s'assurer de la collaboration du milieu médical pour réussir. La formation des futurs médecins est donc le point d'impact critique de tout changement d'envergure du système de santé, que ce soit l'évolution vers la promotion de la santé, l'apparition des équipes de soins, l'accent vers la prévention, une meilleure nutrition ou une forme physique fonctionnelle.

On peut établir une corrélation étroite entre la formation des médecins et l'évolution du système de santé. Il est alors de première importance que les universitaires soient capables de prévoir l'avenir pour mieux préparer leurs étudiants. La qualité de la santé est une responsabilité diffuse, mais la responsabilité tactique de l'université vis-à-vis cet objectif est très clairement la formation des professionnels de la santé, particulièrement des médecins, et même le maintien de la compétence des médecins en pratique. Ceci est d'autant plus facile qu'au Québec le processus complet de formation médical conduisant au diplôme de médecin (MD), les études de second et troisième cycles (MSc et PhD) et les études spécialisées (programmes de résidence) sont la responsabilité universitaire au Québec.

Il ne s'agit pas de minimiser la participation des autres professionnels de la santé mais bien de réaliser que la majorité des dépenses du réseau d'établissements de santé est initiée par l'activité médicale. Tout essai de ré-orientation du système de distribution des soins doit tenir compte de cette réalité et commencer par intéresser les médecins et les étudiants en médecine, à une nouvelle approche des soins de santé puisqu'ils seront au centre de l'action dans les années futures.

L'orientation des programmes de formation en médecine aura une portée considérable sur l'évolution du système de santé, sur la distribution des soins, sur la réussite des équipes de soins, sur le coût des soins curatifs et l'accent mise sur les soins préventifs, sur l'innovation en santé et sur l'intégration de la science bio-médicale pour le mieux-être de chaque québécois. Le changement des habitudes engendrées par un système axé sur le praticien vers un système centré sur la personne en santé nécessite un réajustement important de la formation médicale dans son ensemble. Il s'agit là d'une priorité importante dont la responsabilité incombe aux éducateurs de la faculté de médecine.

6.5.1 Situation actuelle

6.5.1.1 La profession médicale

En janvier 1975, la Corporation professionnelle des médecins du Québec comptait 10 313 membres dont 680 femmes médecins (8,3%); 76,2% sont francophones et l'âge moyen est de 41,8 ans. Les médecins se répartissent en 3 997 praticiens généraux, 5 366 spécialistes et 950 résidents détenteurs de permis. (1)

Pour une population totale de 6 141 000 habitants,(2) le rapport médecin/habitant est donc de 1/595 et 16,7 médecin/10 000 habitants ou 167/100 000.

---

(1) Il faut noter que le chiffre de 10 313 comprend tous les médecins inscrits au tableau de la Corporation qu'ils soient praticiens enseignants, chercheurs, administrateurs, à temps plein ou à temps partiel.

Source: Corporation professionnelle des médecins du Québec, Statistiques 1975.

(2) Bureau fédéral de la statistique, octobre 1974.

Tel que nous l'indique le tableau 1, plus de 77% sont des diplômés d'universités quebecoises et plus de 85% des universités canadiennes.

TABLEAU 1

PROVENANCE DES MEDECINS LICENCIES

DE LA

CORPORATION DES MEDECINS DU QUEBEC

Université ayant décerné le diplôme	1974 N	1974 % Québec	1974 % Total	1975 N	1975 % Québec	1975 % Total
Laval	3478	43		3591	43	
Montréal	3166	40		3278	39	
Sherbrooke	150	2		207	2.4	
McGill	1187	15		1255	15	
Total, Québec	7981	100	77, 39	8332	100	76, 73
Autres Canada	716		7	772		7
Total, U. Canadiennes	8697		84	9104		83.9
Univ. étrangères	1616		16	1754		16.1
Grand total	10313		100	10858		100

SOURCE: Corporation professionnelle des médecins du Québec, Statistiques 1975 Tableau III.

Ces chiffres se comparent avantageusement dans le tableau 2 aux données de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et du Canada pour 1970.

TABLEAU 2

QUOTIENTS MEDECIN/POPULATION EN 1970

Dans le monde*		Au Canada**	
Israel	1/400	Canada	1/692
Allemagne de l'ouest	1/580	Colombie can.	1/627
Etats-Unis	1/575	Ontario	1/654
Canada	1/685	Québec	1/682
Norvège	1/730	Manitoba	1/701
France	1/750	Alberta	1/720
Suède	1/770		

SOURCE: * Annuaire de statistiques sanitaires mondiales, OMS, 1970

** Médecins inscrits au tableau de la Corporation professionnelle des médecins du Québec.

La distribution des médecins sur le territoire est particulièrement inégale. En se basant sur les régions socio-sanitaires, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) dans son rapport 1973-1974 présente, au tableau 3 une image plus complète.

TABLEAU 3

DISTRIBUTION DES MEDECINS, OMNIPRATICIENS ET SPECIALISTES

DANS LES REGIONS SOCIO-SANITAIRES, 1973

REGIONS SOCIO-SANITAIRES	MEDECINS*		OMIPRATICIENS		SPECIALISTES		POPULATION	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bas St-Laurent	178	2,2	109	3,0	69	1,5	227 904	3,7
Saguenay	237	2,9	118	3,2	119	2,6	277 938	4,6
Québec	1 373	16,7	634	17,2	739	16,7	949 405	15,6
Trois-Rivières	386	4,7	198	5,4	188	4,1	414 551	6,8
Cantons de l'est	356	4,3	136	3,7	220	4,9	223 634	3,7
Montréal Total	5 358	65,2	2 260	61,5	3 098	68,4	3 473 130	57,1
Outaouais	190	2,3	126	3,4	64	1,4	252 297	4,2
Nord Ouest	79	1,0	53	1,4	26	0,6	147 395	2,4
Côte Nord	57	0,7	46	1,2	11	0,2	103 983	1,7
Nouveau Québec	2	-	1	-	1	-	11 239	
Ensemble du Québec	8 216	100	3 681	100	4 535	100	6 081 476	100

SOURCE: RAMQ, Statistiques annuelles 1973, Tableaux B-1 (page 86) et P-4 (page 134).

* Médecins du Québec, participants au Régime d'assurance-maladie
Ne comprend pas les médecins du Québec non participants, ni les médecins participants domiciliés hors du Québec.

Le tableau 3 ne mentionne que les médecins conventionnés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) ce qui explique en partie la différence entre les 8 216 médecins (RAMQ, déc. 1973) et les 9 692 médecins de la Corporation (Corporation professionnelle des médecins du Québec, janvier 1974). Il faut préciser que la Régie exclut les médecins chercheurs, administrateurs et enseignants qui pratiquent sans être conventionnés. De plus, plusieurs médecins pratiquent très peu et aucune donnée existe sur des équivalent "médecins plein temps".

La distribution des médecins dans les régions socio-sanitaires démontre que la proportion médecin/population est inférieure à la moyenne provinciale dans toutes les régions, sauf celles du Québec, des Cantons de l'est et de Montréal. C'est aussi dans ces régions que l'on retrouve les écoles de médecine et la plupart des centres hospitaliers d'enseignement. Si l'on examine la distribution des omnipraticiens et des spécialistes on arrive aux mêmes conclusions, avec des écarts plus marqués cependant pour les spécialistes. Selon les chiffres de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), les médecins des régions de Montréal et de Québec comptent pour 81,9% du total mais ne desservent que 72,7% de la population de la province: les deux régions regroupent 78,7% des omnipraticiens du Québec et 85,1% des spécialistes.

6.5.1.2 Les programmes de formation

6.5.1.2.1 L'admission, l'inscription et la sélection des candidats

La formation médicale est sous la responsabilité entière des universités du Québec depuis juillet 1970. Les universités, qui n'étaient jusque-là res-

ponsables que des programmes de premier cycle, ont alors accepté la responsabilité de l'enseignement des deuxième et troisième cycles professionnels c'est-à-dire au niveau de l'internat et de la résidence.

Au Québec, quatre universités offrent des programmes de médecine, ce sont: Laval, Montréal, Sherbrooke et McGill. Les conditions générales d'admission au premier cycle sont le DEC général avec le profil des sciences de la santé. Le grand nombre des demandes et le nombre limité de places obligent les comités d'admission à effectuer une sélection, le plus souvent basée sur le dossier académique de l'étudiant et une entrevue. Le tableau 4 indique quelques aspects de la situation des admissions en médecine au Québec en 1973-74.

On peut constater que sur 3 124 candidats qualifiés, il n'y a eu que 638 inscrits, soit 20,42%. On ne connait cependant pas le nombre réel de candidats admis que se sont désistés: les 152 admis non-inscrits dans les trois facultés francophones sont des candidats qui peuvent être réellement inscrits dans une faculté après s'être désisté dans une autre.

Le taux d'acceptation des candidats en 1974 a été de 20,4% (638/3 124). Le taux d'acceptation dans chaque faculté peut être beaucoup plus bas à cause des demandes multiples (4 952 demandes venant de 3 124 candidats). De ce nombre il y avait 902 candidates et il y eut 197 inscrites, soit un taux d'acceptation de 21,8% pour les candidats féminins qui forment 31,8% de la classe de première année.

Le Rapport Gagnon, dont les données présentées aux tableaux 4 et 5, permet d'identifier 3 586 demandes aux universités francophones pour 478 inscrits, soit un taux d'acceptation de 13% et 1 366 demandes à McGill pour 160 inscrits, soit un taux de 11,7%. Cependant, si on examine les demandes origi-

nant hors du Québec seulement, au tableau 4, on peut calculer des taux d'acceptation de 6,6% et de 10,5% respectivement. On constate également dans le tableau 5 que 75% des places (478/638) sont dans les universités francophones.

Cetaines politiques spéciales d'admissions sont adoptées par les universités. Ainsi, l'Université Laval choisit ses étudiants dans l'aire d'influence de Québec (99% en 1973), alors que McGill réserve vingt places pour des étudiants francophones et n'accepte que des étudiants porteurs d'un baccalauréat en sciences (BSc) ou ayant terminé l'année Médecine P (admission en médecine, inscription à la Faculté des sciences).

La limitation des admissions dépend de chaque université, de ses ressources et des recommandations de la Commission conjointe de l'agrément des écoles de médecine. Le facteur limitatif, le plus fréquemment invoqué, est la disponibilité du champ clinique et l'encadrement.

Selon le tableau 6, les candidats de la région de Québec ont un léger avantage dans la course aux admissions tandis que les candidats des régions autres de Montréal, Québec et Sherbrooke sont nettement défavorisés. Une étude supplémentaire d'impose afin d'établir les raisons de la non-sélection des étudiants des "autres régions". S'ils sont adéquatement préparés, ces étudiants devraient avoir une chance égale à celle offerte aux étudiants des régions "universitaires" et surtout celle de l'Université Laval.

Avec la mise en marche des CEGEP, le nombre de candidats qualifiés (profil sciences de la santé) a augmenté, passant le 1 169 en 1970 à 2 496 en 1973.(1) Le quotient inscrits/candidats est de 1/4,9 au Québec alors qu'il est de 1/2,8 aux USA.

---

(1) Ministère de l'Education, Direction générale de l'enseignement collégial, Services des programmes et examens.

TABLEAU 4

DEMANDES ET CANDIDATS AUX ETUDES MEDICALES

DANS LES UNIVERSITES DU QUEBEC

ANNEE 1973-74

	Total		Hommes		Femmes	
	N	%	N	%	N	%
Demandes	4 952	100	3 501	70,7	1 451	29,3
Candidats	3 124	100	2 222	71,1	902	28,9
Inscrits	637	100	440	69,0	197	31,0
Inscrits/candidats		20,4		19,8		21,8
Candidats résidents au Québec	2 370					
Candidats, non résidents	395	12,6				
Candidats, moins de 20 ans	1 774	56,7	1 130	50,8	644	71,2
Inscrits, non résidents	37	1,2				
- trois facultés francophones	9	6,6				
- McGill	28	10,3				
Inscrits, moins de 20 ans	497	77,9		74,1		86,4
- trois facultés francophones	435	88,0				
- McGill	68	45,0				

SOURCE: GAGNON, Arthur, Etude statistique des demandes d'admissions faites aux quatre Facultés de Médecine du Québec pour l'année universitaire 1973-1974, Faculté de Médecine, Université de Montréal, le 8 mars, 1974.

TABLEAU 5

DEMANDES D'ADMISSIONS ET INSCRIPTIONS

AUX QUATRE FACULTES DE MEDECINE, 1973

	Laval	Montréal	Sherbrooke	McGill	Total
Demandes d'admission	884	1 553	1 149	1 366	4 952
Nombre de candidats	-	-	-	-	3 124
Admis en première Année	201	301	128	-	-
Inscrits en première année	181	217	80	160	638
Inscrits/demandes	20,0%	14,0%	7.0%	11.0%	13.0%

SOURCE: GAGNON, Arthur, Etude statistique des demandes d'admissions faites aux quatre Facultés de Médecine du Québec pour l'année universitaire 1973-1974, Faculté de Médecine, Université de Montréal, le 8 mars 1974.

TABLEAU 6

REPARTITION DES CANDIDATS

ADMIS ET INSCRITS PAR REGION

UNIVERSITAIRE

1973

	Québec	Montréal	Sherbrooke	Autres
Candidats	1 211	1 700	336	339
Admis	262	304	60	4
% d'admis	21,6%	17,8%	17,9%	1,2%
Inscrits	197	238	39	4
% d'inscrits	16,2%	14,0%	11,6%	1,2%
Inscrits/admis %	75,2%	78,3%	65,0%	100%

SOURCE: GAGNON, Arthur, Etude statistique des demandes d'admissions faites aux quatre Facultés de Médecine du Québec pour l'année universitaire 1973-1974, Faculté de Médecine, Université de Montréal, le 8 mars 1974.

Le nombre de places au Québec semble suffisant puisque l'on retrouve 91 inscrits en médecine (première année) par million de population alors que le chiffre correspondant aux Etats-Unis est de 63 et de 73 en Ontario. (1)

Pour les universités francophones, la sélection des meilleurs étudiants des CEGEP publics et privés a entraîné une diminution de l'âge moyen des inscrits en première année, dont 85 à 88% ont moins de 20 ans. Il faut remarquer qu'en septembre 1975, à l'Université Laval, 38% des inscrits ont moins de 20 ans. C'est donc dire que le diplôme de médecine (MD) serait alors accordé à un fort groupe d'étudiants de 22-24 ans, ce qui pourrait paraître un peu jeune pour entreprendre, après une annee d'internat, la pratique privée autonome. Par ailleurs, l'entente proposée par le Comité de liaison enseignement supérieur et enseignement collégial (CLESEC) représente à la fois un minimum et un maximum d'exigences pour les candidats québécois; celle-ci rendrait irrégulière l'admission de bons candidats porteurs d'un premier diplôme universitaire (BSC) en sciences ou dans un champ voisin de la médecine. Il est évident que l'admission de candidats porteurs d'un baccalauréat crée une voie qui allonge les études du candidat de deux ou trois ans sans réduire la durée du cours de médecine.

Il faut noter qu'à l'Université McGill, du moins, encore pour une période indéterminée, plusieurs étudiants doivent avoir réussi l'année pré-médecine (médecine P) avant d'être acceptés en première année, tandis que tous les autres étudiants admis en première année sont déjà détenteurs au moins d'un baccalauréat en sciences. D'après la revue "Forum", (2) 98% des étudiants admis aux facultés francophones avait complété deux ans d'études collégiales

---

(1) GAGNON, Arthur, Etude statistique des demandes d'admissions faites aux quatre Facultés de Médecine du Québec pour l'année universitaire 1973-1974, Faculté de Médecine, Université de Montréal, le 8 mars 1974, page 47.

(2) Association des facultés de médecine du Canada (AFMC), Forum, septembre 1974, vol. VII, no 5. page 6.

alors qu'à McGill, sur 160 inscrits, tous avaient trois ans d'études post-secondaires, 72 possédaient un baccalauréat, 13 une maîtrise et 5 d'entre eux étaient détenteurs d'un doctorat.

6.5.1.2.2 La durée des études

Chaque faculté de médecine décide de son curriculum selon le régime pédagogique de chaque université. Dans un document d'étude, (1) on peut se rendre compte d'une situation disparate que est résumée au tableau 7. La période terminale d'externat étant de 48 à 50 semaines, les différences de durée apparaissent dans une longueur inégale de l'année universitaire entre Sherbrooke, McGill et Laval et à cause d'une année supplémentaire à Montréal. A McGill, la pré-médecine (médecine P) représente aussi une année additionnelle alors que le baccalauréat en sciences (BSc) représente au moins trois années universitaires supplémentaires.

L'année universitaire est courte au Québec (30 à 38 semaines) comparativement à celle qui a cours à McMaster (Ontario) et à Calgary (Alberta) qui comportent 50 semaines et qui sont réparties sur trois années de calendrier.

6.5.1.2.3 La clientèle étudiante

Une étude très détaillée du curriculum de chaque faculté de médecine a été faite par un "Comité ad hoc" (2) nommé par les doyens de médecine en décembre 1972, et ce comité a remis un second rapport en avril 1975.

---

(1) JEAN, Pierre, Mise à jour pour l'année 1973-1974 du Rapport du Comité ad hoc sur la durée des études dans les facultés de médecine du Québec, Faculté de médecine, Université de Montréal, 2 avril 1975.

(2) JEAN, Pierre, op.cit

TABLEAU 7

DURES DES ETUDES UNIVERSITAIRES EN MEDECINE, (1974)*

	Laval	Montréal	Sherbrooke	McGill	McMaster (Ontario)
Années universitaires	4	5	4	4**	3
Nombre de semaines	160	188	168	160	144***
Durée de l'année universitaire en semaines	37	34	37	38	50
Durée de l'externat en semaine	50	50	50	48	50

SOURCE: * JEAN, Pierre, Mise à jour pour l'année 1973-1974 du Rapport du Comité ad hoc sur la durée des études dans les facultés de médecine du Québec, Faculté de médecine, Université de Montréal, 2 avril 1975.

** Sans compter l'année préparatoire Médecine P

*** Associations des facultés de médecine du Canada (AFMC) Forum, op.cit.

Les figures A, B, C, D, résument les données factuelles sur le déroulement temporel des quatre programmes. Le document comporte en plus des analyses comparatives détaillées des sujets enseignés, des tâches départementales et des répertoires de cours. Ce document devrait être reproduit en entier et ne peut être résumé ici. Il suggère une certaine normalisation de durée et de contenu mais ne préconise pas pour autant l'uniformité.

6,5,1,2,3,1 La clientèle du premier cycle en médecine

En 1974, on comptait 2 559 étudiants en médecine au niveau du premier cycle dans les facultés de médecine du Québec, le chiffre le plus élevé jamais atteint et présenté au tableau 8. De plus, selon l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC), 2 031 résidents du Québec étudient la médecine au Canada, ce qui donne un quotient de 3,3/10 000 de population, ce qui est supérieur à celui de l'Ontario qui est de 3,2 et place le Québec au quatrième rang des provinces du Canada.

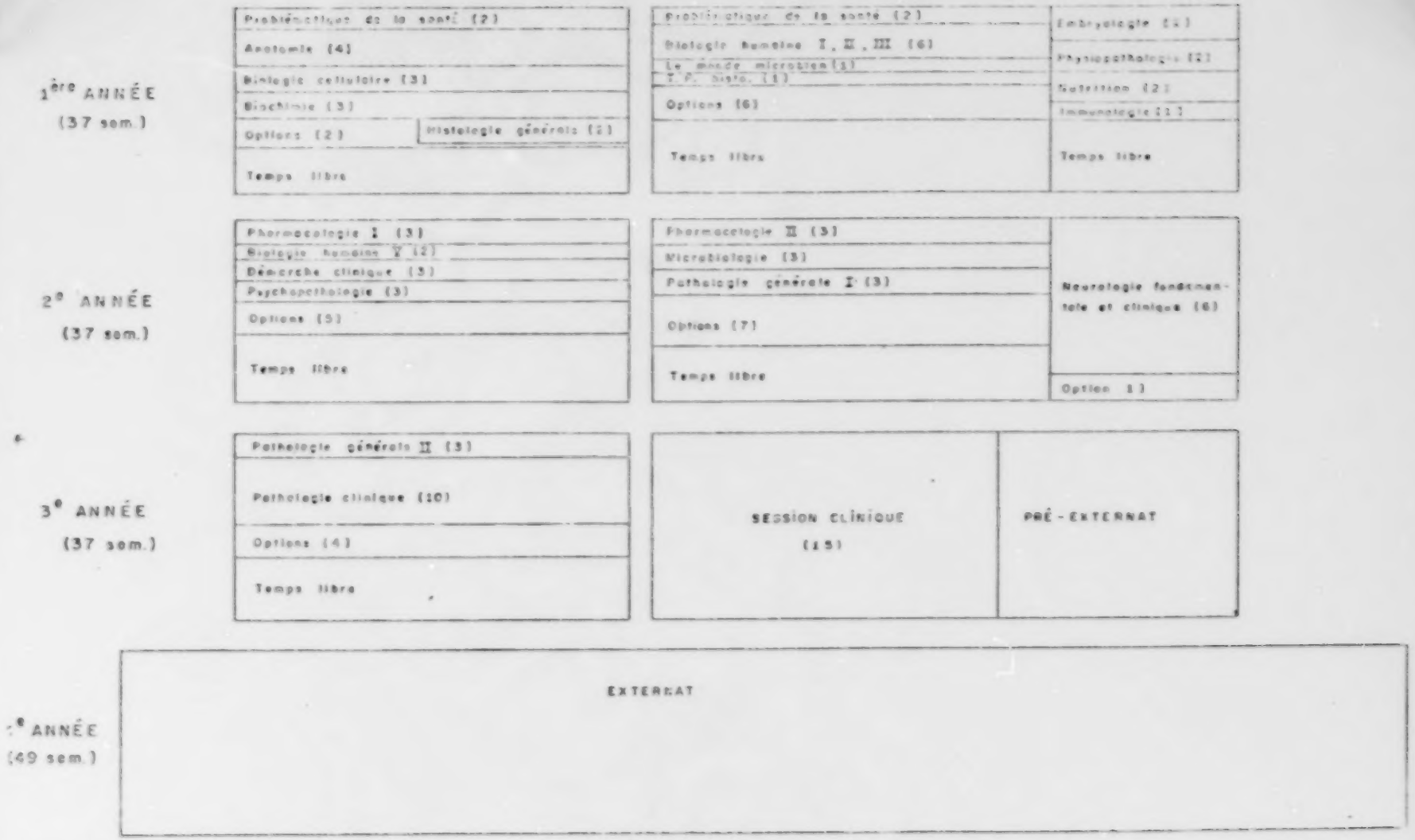
Si l'on s'appuie sur le taux de rétention des diplômés des facultés de médecine du Québec, soit de 98% à Laval, 86% à Montréal et de 23% à McGill,(1) on peut présumer que nos facultés produisent un quantum normal d'étudiants. De plus, la nouvelle politique d'admission à McGill favorisant les Québécois et les Canadiens améliorera encore davantage la rétention au Québec des diplômés en médecine.

---

(1) Roos et Fish, Canadian Medical Association Journal, (CMAJ) 112: 55-60 janvier 1975.

FIGURE A

PROGRAMME DES ÉTUDES MÉDICALES À L'UNIVERSITÉ LAVAL 1974-1975

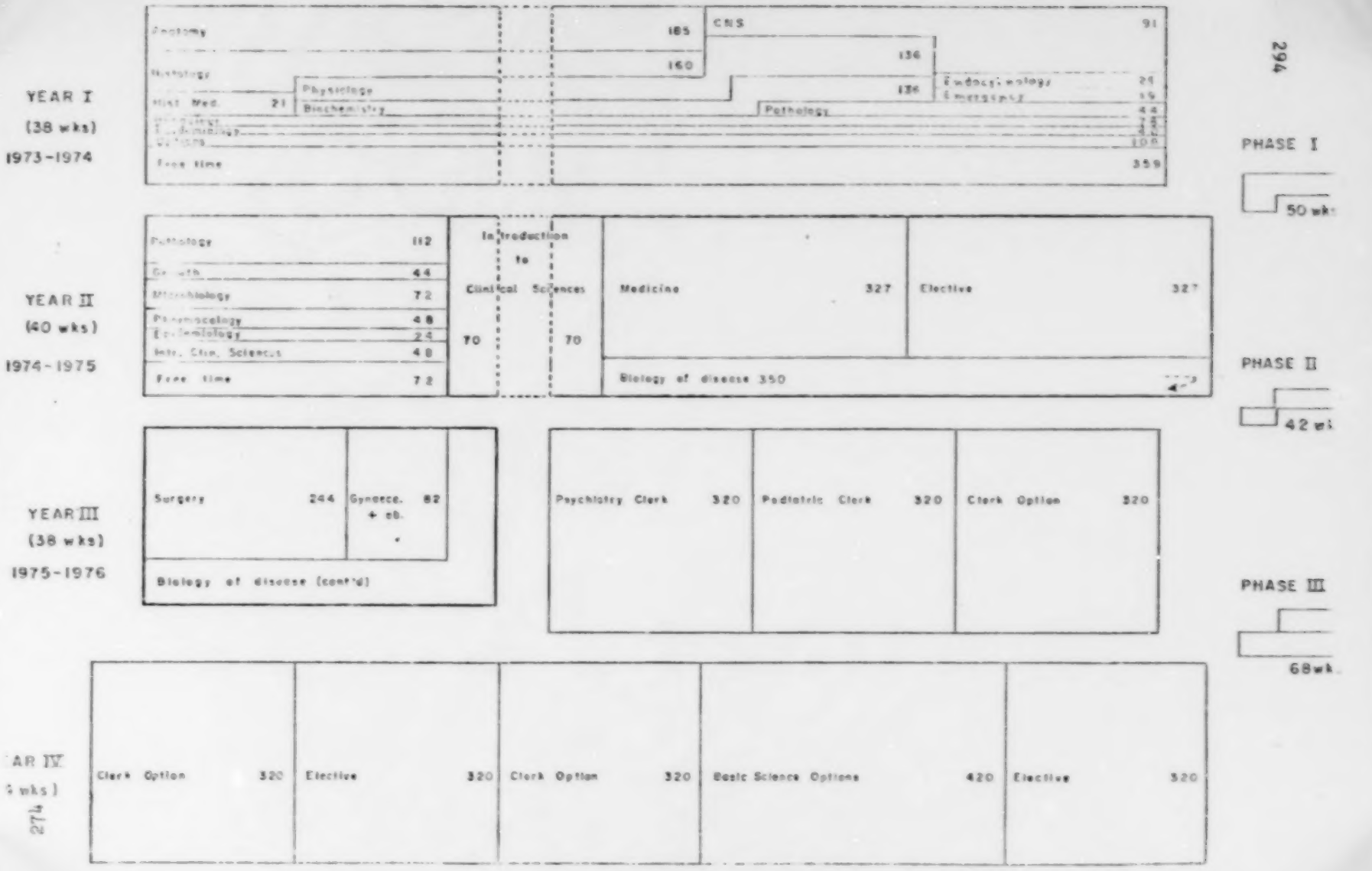


Echelle: 1 semaine 5 mm de longueur.

1 entre de crédit, est indiqué entre parenthèses

FIGURE B

PROGRAMME DES ÉTUDES MÉDICALES À L'UNIVERSITÉ Mc GILL 1973-1974



Echelle : 1 semaine = 1 cm de longueur

FIGURE C

PROGRAMME DES ÉTUDES MÉDICALES À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL 1973-1974

1ère ANNÉE (34 sem.) 1973-1974

Biologie cellulaire et moléculaire I	72
Sciences du comportement I	64
Introduction à la méd. prév., comm. et sociale	15
Méthodes statistiques en médecine	26
Options	45
Anatomie macroscopique I	70
Temps libre	278

Biologie cellulaire et moléculaire II	112
Sciences du comportement II	68
Anatomie macroscopique II	125
Génétique médicale et embryologie humaine	29
Introduction à la méd. prév., comm. et sociale	24
Options	45
Temps libre	225

PHASE 1

2e ANNÉE (34 sem.) 1974-1975

Système de santé au Québec		60
Hito. gén., Patho. gén., Immuno gén., 181	Pharmacol. gén. 34	
	Système sanguin 53	
Temps libre		232

Système nerveux 137		Système psychique 60
Maladies infectieuses		110
Options		45
Temps libre		278

PHASE 2

3e ANNÉE (34 sem.) 1975-1976

S. cardiovasc. 94	S. respiratoire 70	S urinaire 63	S locomo. 63
Temps libre			270

Système digestif 120	Système endocrinien et reproducteur 154	Propédeutique 120
Options		45
Temps libre		191

4e ANNÉE (36 sem.)

PRÉ-EXTERNAT	
Médecine et chirurgie	480

PRÉ-EXTERNAT				
Excm.	Pédiatrie 240	Gynéco-obst. 120	Psychiatrie 120	Excm.

PHASE 3

EXTERNAT

ANNÉE (sem.)

Échelle: 1 semaine = 5 mm de longueur

1 heure par semaine = environ 1 mm de hauteur

FIGURE D

PROGRAMME DES ÉTUDES MÉDICALES À L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE 1973-1974

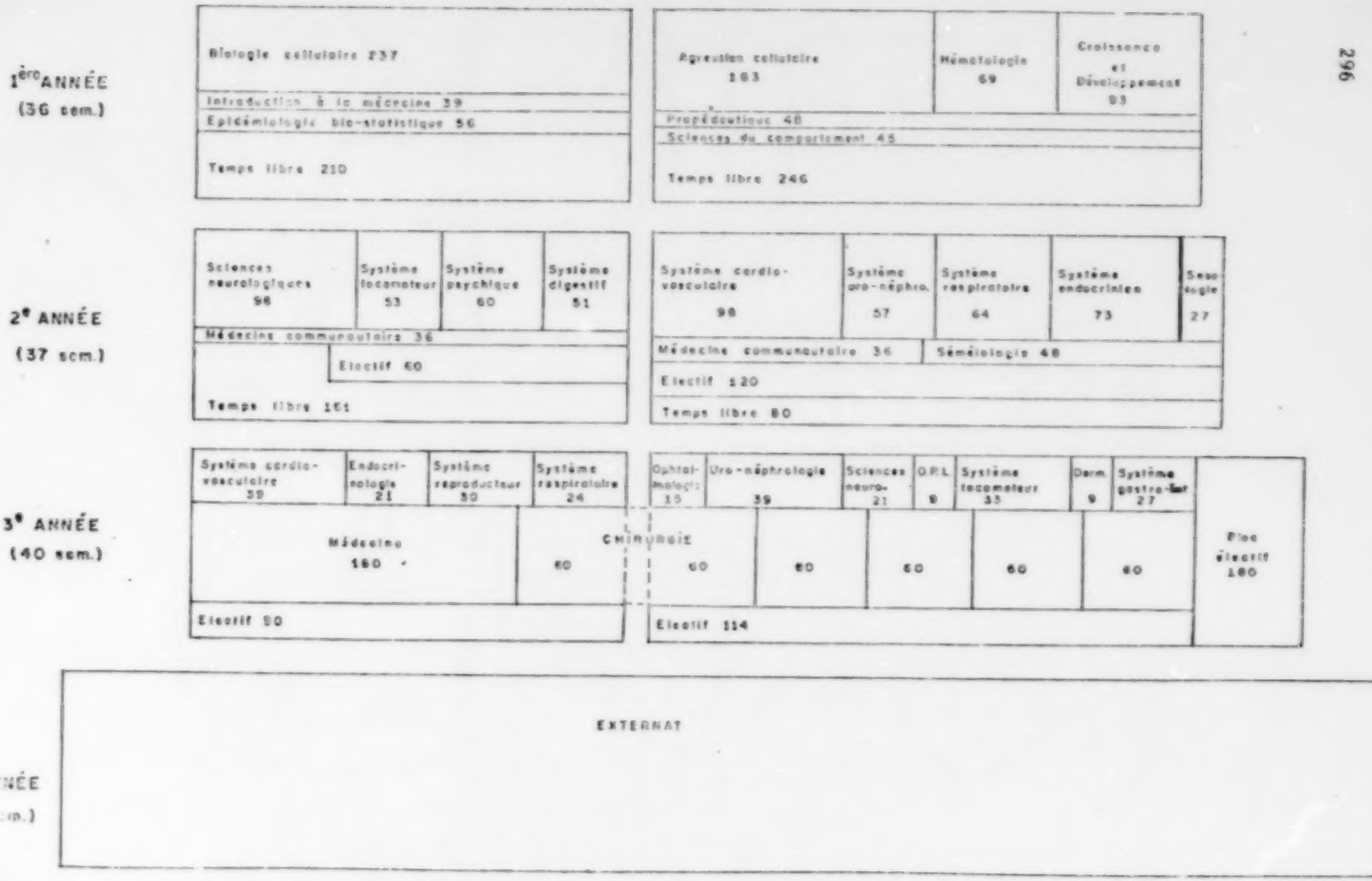


TABLEAU 8

ETUDIANTS EN MEDECINE INSCRITS

FACULTES DE MEDECINE DU QUEBEC, 1974

	Laval	Montréal	Sherbrooke	McGill	Total
Première année	168	201	100	160	629
Deuxième année	181	201	78	154	614
Troisième année	187	195	78	158	618
Quatrième année	154	187	65	133	539
Cinquième année		159			159
Total	690	943	321	605	2 559

SOURCE: Association des facultés de médecine du Canada, Forum, vol. VII, no 5, page 8.

La presque totalité, soit de 96 à 99%, des étudiants des facultés francophones proviennent du Québec. Pour sa part, l'Université McGill accueille 24.1% d'étudiants non-québécois dont 8.4% d'étrangers porteurs de visas.(1) Le nombre absolu d'étudiants étrangers à McGill à diminué, de 144 qu'il était en 1965 à 51 en 1974, ce qui représente quand même 51% des étrangers admis en médecine au Canada. Par ailleurs, un nombre identique d'étudiants québécois, soit 51, sont inscrits à la faculté de médecine de l'Université d'Ottawa.

Le nombre total des étudiants en médecine se stabilisera autour de 2 650 en 1976 car les admissions après une croissance rapide de 470 en 1968 à 638 en 1973, ont atteint un plateau de 630/année comme nous l'indique le tableau 9

TABLEAU 9

ETUDIANTS INSCRITS EN PREMIERE ANNEE

FACULTES DE MEDECINE DU QUEBEC

	Laval	Montréal	Sherbrooke	McGill	Total
Année 1973	181	217	80	160	638
Année 1974	168	201	100	160	629

SOURCES: Association des facultés de médecine du Canada (AFMC)
Forum, vol VII, no 5

LAMARCHE, Guy, Canadian Medical Association Journal, avril 1975.

(1) LAMARCHE, Guy, Canadian Medical Association Journal, avril 1975.

Le tableau 10 permet de projeter le nombre de diplômés en médecine pour les années 1975-80. Ces prévisions sont assez exactes, car le pourcentage d'échecs et d'abandons des étudiants est inférieur à 1,5% après la première année alors que 3,4% quittent le programme.(1) (2)

TABLEAU 10

PROJECTION DES FUTURS DIPLOMES EN MEDECINE, 1975-1978

ET ESTIME DES FUTURS DIPLOMES EN 1979-80

Année de graduation	Laval	Montréal	Sherbrooke	McGill	Total	
1975	144	160	65	132	501	
1976	187	188	75	158	607	
1977	181	195	76	154	606	1714
1978	168	201	100	160	629	2345
(1979)*	170	201	100	160	631	
(1980)	170	200	100	160	630	1 261
Total	1 030	1 133	521	925	3 619	3 619

SOURCE: LAMARCHE, Guy, Canadian Medical Association Journal, avril 1975.

* estimé

(1) Association des facultés de médecine du Canada, op.cit, page 12.

(2) L'élimination des étudiants pour diverses causes peut diminuer ces nombres. Certains indices récents démontrent une perte d'environ 10% la première année et de 5% environ pour les autres années.

6,5,1,2,3,2 La clientèle féminine

La proportion d'étudiantes inscrites dans les facultés de médecine augmente rapidement au Canada, passant de 9,4% en 1960 à 26,1% en 1974. Au Québec, en 1974, cette proportion est de 33,6% à Laval, de 32,7% à Montréal, de 33% à Sherbrooke et de 19% à McGill. Le tableau 11 nous indique qu'en première année les proportions augmentent de 25,2% en 1972 à 29,8% en 1974, dans les écoles canadiennes de médecine et à 31,8% dans les facultés québécoises. On se rappelle que la Corporation professionnelle des médecins du Québec ne compte actuellement que 8,3% de femmes parmi ses membres.

TABLEAU 11

POURCENTAGE D'ETUDIANTES INSCRITES DANS LES FACULTES DE MEDECINE DU QUEBEC

	En première année			Au 1er cycle		
	1972	73	74	1972	73	74
Laval	35,5	33,7	38,7	28,1	30,9	33,6
Montréal	30,2	31,4	36,8	28,9	31,3	32,7
Sherbrooke	26,3	33,8	39,0	26,0	28,4	33,0
McGill	22,1	23,1	15,6	17,8	19,0	19,0
Universités Canadiennes	25,2	27,4	29,8	21,9	24,1	26,1

SOURCE: LAMARCHE. Guy Canadian Medical Association Journal, avril 1975.

6,5,1,2,3,3 Les autres clientèles

Les ressources des facultés de médecine sont aussi utilisées pour la formation des internes et résidents (voir chapitre 6, section 6,6), l'éducation permanente, la formation avancée en sciences bio-médicales (maîtrise et doctorat) et une partie de la formation des étudiants des autres sciences de la santé (dentistes, pharmaciens, diététistes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, etc.).

Le tableau 12 permet de dénombrer les différentes catégories d'étudiants inscrits aux facultés de médecine. Il faut remarquer que les "autres étudiants" sont tranformés en étudiants-équivalents, et que les internes et résidents sont comptés comme 0,5 étudiant.

Une sommation de tous ces étudiants sous forme d'étudiants équivalents est sûrement discutable mais peut être utile pour fins de comparaison dans l'établissement d'une tâche professorale moyenne.

6,5,1,2,4 Diplômés et licenciés

D'après le tableau 13, le nombre de diplômés des facultés de médecine du Québec est passé de 320 à 457 par année entre 1966 et 1973, soit une augmentation de 42%. Durant la même période, 2 608 diplômés de ces facultés (sur un total de 3 112) ont obtenu une licence de la Corporation professionnelle, ce qui semble indiquer un déficit apparent de 504 médecins (16%) dont 440 diplômés de McGill. Le déficit réel était probablement inférieur à celà, certains résidents non-licenciés revenant possiblement à la pratique dans les trois années qui suivaient.

TABLEAU 14

ETUDIANTS FREQUENTANT LES FACULTES

DE MEDECINE DU QUEBEC, 1974-1975

ETUDIANTS	Total	Laval	Montréal	Sherbrooke	McGill
a) Médecine - 1er cycle	2 442	660	910	286	576
b) M.Sc	289	45	134	34	76
c) Ph.D	250	41	72	21	116
d) Post Ph.D	82	5	14	0	63
Total b.c.d.	621	91	220	55	255
e) Internes	562	148	120	61	233
f) Résidents	1 661	268	595	72	726
Total e,f,	2 223	416	715	133	959
Total des étudiants inscrits (a à f)	5 286	1 167	1 845	474	1 800
g) Résidents équivalents - (e,f x .05)	1 113	208	358	67	480
h) Autres étudiants équivalents *	839	206	314	63	256
Total des étudiants équivalents (a,b,c,d,g,h,)	5 015	1 165	1 802	471	1 577

SOURCE: AFMC., Forum, vol VII, no 5, septembre 1974.

* Somme des activités d'enseignement pour les étudiants des sciences de la santé, de l'enseignement permanent, convertie en équivalents-étudiants.

TABLEAU 13

PROVENANCE DES DIPLÔMES ET LICENCIES EN MEDECINE AU QUEBEC, 1966-1973

Endroit ou le diplôme de médecin a été obtenu

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
	Laval	Montréal	Sherbrooke	McGill	Québec	Canada sans Québec	Autres pays	Hors Québec (6+7)	Total (5+8)	% Québec 5/9	% Canada 6/9	% Etranger 7/9
MD juin 66	118	109	0	93	320							
Licence 66-67	120	108	0	46	274	51	40	91	365	75,0	14,0	11,0
MD juin 67	133	104	0	100	337							
Licence 67-68	129	107	0	46	282	51	95	146	428	66,0	12,0	22,0
MD juin 68	112	113	0	124	349							
Licence 68-69	114	102	0	63	279	56	126	182	461	61,0	12,0	27,0
MD juin 69	115	102	0	112	329							
Licence 69-70	109	104	0	55	268	63	97	160	428	63,0	14,0	23,0
MD juin 70	123	114	26	114	377							
Licence 70-71	125	109	17	44	295	55	160	215	510	58,0	11,0	31,0
MD juin 71	122	123	41	122	408							
Licence 71-72	130	115	44	79	368	75	162	237	605	61,0	12,0	27,0
MD juin 72	235	121	43	136	535							
Licence 72-73	224	114	38	87	463	73	287	360	823	56,0	9,0	35,0
MD juin 73	140	125	57	135	457							
Licence 73-74	135	120	48	76	379	81	70	151	530	72,0	15,0	13,0
1966-1974												
Total: M.D.	1 098	911	167	936	3 112							
Licenciés	1 086	879	147	496	2 608	505	1 037	1 542	4 150			
(M.D.-lic)	12	32	20	440	504	—	—	—	—			

SOURCES: * Robertson, R. Howing , J.E., Michaud, L.F., Les diplômés en Sciences de la santé des établissements d'enseignement du Canada. AUCC, 1973.

** Statistiques, Corporation professionnelle des médecins du Québec. 1975.

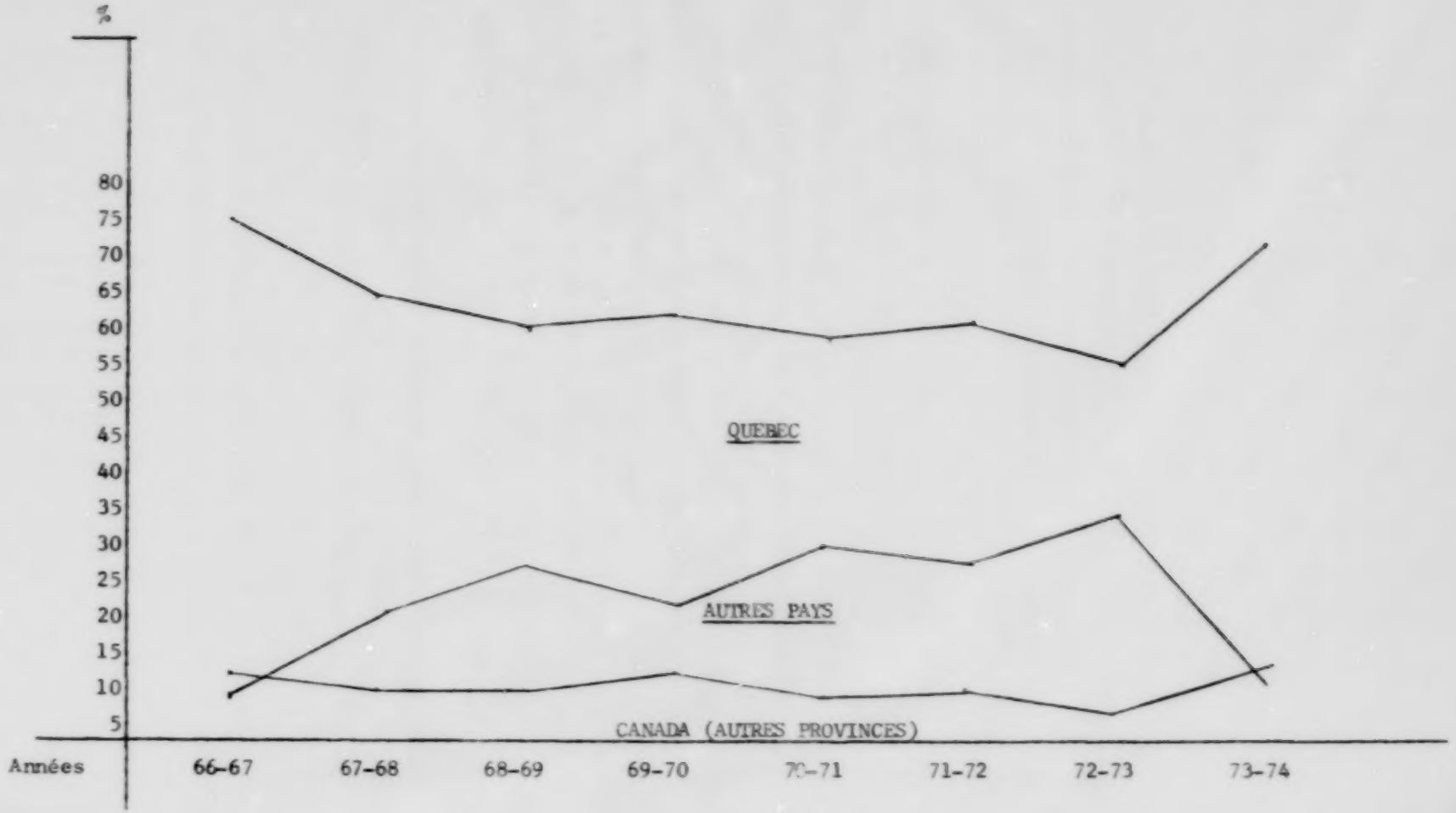
FIGURE E

O.S.S.

POURCENTAGE DES LICENCIES DU QUEBEC SELON PROVENANCE DES DIPLOMES (M.D.)

QUEBEC, CANADA (AUTRES PROVINCES), AUTRES PAYS

1966 - 1974



Le même tableau indique aussi l'évolution de la courbe, (figure E)des diplômés étrangers obtenant leur licence au Québec. Leur nombre a augmenté assez régulièrement, soit 40 à 287, entre 1966 et 1973 pour former de 11 à 35% du total des licenciés. Cependant la chute brusque en 1973, de 35% à 13%, est probablement causé par l'obligation de compléter l'internat au Québec.

6.5.1.3 Le corps professoral

Il n'est pas facile de définir la réalité du corps professoral en médecine; les traditions professionnelles, la forte participation des cliniciens dans des institutions affiliées la dissociation évidente entre les titres universitaires, les fonctions réelles et la rémunération, sont autant de facteurs complexes qui rendent illusoire une approche selon les normes universitaires habituelles. La diversité des sources de financement (masse salariale universitaire, bourses, honoraires) la variété de fonctions (enseignant, chercheur, administrateur, clinicien) et la multiplicité des tâches d'enseignement (cours magistraux, encadrement clinique au premier cycle, tutorat de résidents, direction d'étudiants gradués), rendent plus complexe l'analyse systématique de la situation.

Tout en étant bien conscient des limitations d'une telle approche, il est possible, pour fins de comparaison, de définir le corps professoral par le mode de rémunération provenant de l'université et de sources publiques. Deux catégories sont alors retenues, soit le professeur à temps complet et le professeur à temps partiel. Le tableau 14 résume les données sur le corps professoral des facultés de médecine du Québec et distingue d'une part, les ressources numaines (en équivalent plein-temps) et les ressources financières d'autre part.

TABLEAU 14

CORPS PROFESSORAL DES FACULTES DE MEDECINE DU QUEBEC

RESSOURCES HUMAINES

Catégories	Laval		Montréal		Sherbrooke		McGill		Total	
1) Ressources humaines	1972-73	1973-74	1972-73	1973-74	1972-73	1973-74	1972-73	1973-74	1972-73	1973-74
a) Plein temps équivalent	177,2	176,4	262,2	260,7	173,8	170,1	234,6	311,8	848,2	919,1
b) Temps partiel converti en plein temps équivalent	39,2	39,3	58,1	81,8	6,6	6,7	41,0	52,0	144,9	179,8
c) Congés (sabbatique et étude)	-	1,0	4,8	4,6	-	0,2	6,7	2,2	10,5	8,0
d) Recherche (médecins)	-	-	-	-	-	-	16,2	51,0	-	-
Total - équivalent plein temps	216,4	216,7	325,1	347,1	180,4	177,0	297,5	417,0	1 003,6	1 157,9

TABLEAU 14 (suite)

CORPS PROFESSORAL DES FACULTES DE MEDECINE DU QUEBEC

RESSOURCES FINANCIERES

1972

Catégories	Laval		Montréal		Sherbrooke		McGill		Total	
11) Ressources financières	1972-73	1973-74	1972-73	1973-74	1972-73	1973-74	1972-73	1973-74	1972-73	1973-74
1,0 = $1 000										
a) Total - équivalent plein temps	3 163,9	3 326,4	4 801,1	5 184,9	3 277,5	3 343,5	4 599,4	6 440,0	15 842,0	18 294,8
b) Total - temps partiel converti en plein temps équivalent	627,1	628,8	930,1	1 302,2	104,8	106,8	656,3	832,8	2 318,3	1 876,6
c) Congés (sabbatique et étude)	-	29,5	63,7	32,1	-	2,4	106,8	49,6	170,5	113,6
d) Recherche (médecine)	-	-	-	-	-		-	609,8	239,3	609,8
Total	3 791,0	3 984,7	5 794,9	6 519,2	3 382,3	3 452,7	5 362,5	7 932,2	18 570,1	20 894,8

SOURCE: Ministère de l'Education
DIGES, Service des Etudes et Information
Caractérisation des masses salariales, 1973-74.

NOTE: Ces nombres sont calculés à partir des déclarations de chaque université et devraient comprendre tous les professeurs rémunérés par l'université quelle que soit la source de financement (subvention d'équilibre budgétaire du MEQ., octrois, fonds privés, etc...).

Quelques conditions peuvent être tirées de ce tableau, qui donne une image simplifiée de la situation.

- les facultés de médecine de Laval et de Sherbrooke ont maintenu sensiblement le même corps professoral en 1972 et 1973.

- Sherbrooke a le plus petit nombre de professeurs équivalents.

- Montréal a augmenté de 7% en un an son total-équivalent plein temps.

- McGill a, en apparence, augmenté son corps professoral de 120 professeurs ou de 44%, mais les totaux de 1973 comprennent plusieurs professeurs rémunérés par des bourses et des chercheurs médecins qui n'étaient pas inclus en 1972. Les chiffres ne comprennent pas cependant les chercheurs non médecins attachés à la faculté de médecine, inclus dans un groupe de 198 et 171 professeurs chercheurs à McGill.

Ce tableau est radicalement différent du tableau 15 présenté par l'Association des facultés de médecine du Canada qui ne pondère pas le nombre de professeurs selon leur activité ou leur rémunération. Aussi pour les comparaisons et quotients professeurs/étudiants, les données du tableau 14 seront retenues. Il est évident qu'aucun critère unique (charge professorale, heures-contact, crédits-étudiants, masse salariale) ne tient compte des méthodes pédagogiques, de l'activité de recherche, de la participation à l'enseignement permanent ou de l'encadrement en clinique. De plus, la "présence professorale" est difficile à mesurer.

TABLEAU 15

CORPS PROFESSORAL DES FACULTES DE MEDECINE DU QUEBEC

1974

	Laval	Montréal	Sherbrooke	McGill
Professeurs à temps complet	184	234	162	334
Professeurs à temps partiel	45	545	86	420
Autres professeurs	609	118	-	379
Total	838	897	248	1 133

SOURCE: Association des facultés de médecine du Canada, Forum, vol VII, no 5, page 15.

6,5,1,4 La tâche professorale

Pour fins de comparaison, il est utile d'examiner deux séries de données, afin de déterminer une tâche professorale moyenne.

Le tableau 12 nous indique le nombre des étudiants fréquentant la faculté de médecine, soit les étudiants inscrits aux programmes réguliers des trois cycles, les "autres étudiants" (médecins inscrits à l'enseignement permanent, étudiants des autres sciences de la santé) transformés en étudiants équivalents, les internes et les résidents comptés chacun pour 0,5 étudiant.

Le tableau 14 qui contient le nombre de professeurs plein temps équivalents, permet de déterminer le numérateur du quotient professeur/étudiant.

Le tableau 16 qui donne le quotient professeur/étudiant permet de constater que:

- les facultés de médecine de Laval et de Montréal sont moins biens pourvues en professeurs que celles de McGill et de Sherbrooke;

- la faculté de médecine de Sherbrooke est particulièrement bien nantie. Cependant le nombre d'étudiants en médecine sera de 400 vers 1977 et le nombre restreint de résidents 3 et 4 augmente relativement le besoin de professeurs;

- la faculté de médecine de McGill possède un personnel professionnel abondant, complété par un bon nombre d'étudiants avancés, soit des résidents 3 et 4 qui encadrent la formation des internes et des résidents 1 et 2.

TABLEAU 16

CHARGE PROFESSORALE

1973

	Laval	Montréal	Sherbrooke	McGill
a) Etudiants inscrits	1 167	1 845	474	1 800
b) Etudiants équivalents	1 165	1 811	471	1 577
c) Professeurs plein temps équivalents	176,4	260,7	170,1	311,8
d) Total - professeurs plein temps équivalents	216,7	347,1	177,0	417,0
e) Quotient professeur plein temps/étudiants inscrits a/c	1/6,61	1/7,08	1/2,79	1/5,77
f) Quotient professeur équivalent/étudiant équivalent b/d	1/5,38	1/5,22	1/2,66	1/3,78

SOURCE: Résumé des données des tableaux 12 et 14.

Ces conclusions élémentaires ne représentent qu'une partie de la réalité de l'enseignement clinique. Ainsi, la présence de chercheurs en abondance à McGill, le nombre élevé de résidents avancés dans quelques centres hospitaliers d'enseignement à McGill et la concentration professeurs et étudiants dans un même hôpital universitaire à Sherbrooke sont autant de facteurs difficiles à quantifier. Par contre, la dispersion des résidents dans plusieurs centres hospitaliers d'enseignement à Montréal et à Laval est un des facteurs moins connus qui justifie leur situation au plan des ressources professorales.

6.5.2 La problématique de la formation au premier cycle

Le problème fondamental est de savoir si les facultés de médecine du Québec préparent, en quantité et en qualité, les médecins nécessaires afin de satisfaire les besoins d'une population donnée.

6.5.2.1 Projections des effectifs médicaux

En tenant compte du nombre de médecins inscrits au tableau de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, le rapport médecin/population au Québec en 1970, était de 1/682, ce qui est comparable à celui des quatre nations les plus "médicalisées" (voir tableau 2, page 161). Ce taux place la province au troisième rang des provinces canadiennes. Le quotient médecin/population est de 1/595 en 1974, 1/584 en 1975 au Québec (1) et de 1/586 en Ontario(2) en 1975.

---

(1) Corporation professionnelle des médecins du Québec, Statistiques, 1975.

(2) Medical Post, 21 janvier 1975, page 13
Ontario Council of Health's Task Force on Physician Manpower.

Cependant, la proportion des médecins en exercice présentée au Tableau 17.1 et 17.2, est différente. En effet, elle indique un quotient médecin/population de 1/865, ce qui situe le Québec au cinquième rang des provinces canadiennes. La définition de médecin en exercice étant variable, il est utile d'opter pour des medecins inscrits au Tableau de la Corporation professionnelle des médecins du Québec pour fins de comparaison. Cependant, la situation des usagers demeure la même, la quantité et la qualité des soins ne change pas que l'on utilise un quotient ou un autre.

Selon ces deux séries de données, le Québec possède une population médicale comparable aux autres provinces et continue de former en nombre suffisant (*) des diplômés dont la majorité demeure au Québec, alors que la dépendance de l'apport étranger est moindre (16%) que dans plusieurs autres provinces (24 à 63% en 1972).

(*) 93 inscrits/million de population.

TABLEAU 17.1

DISTRIBUTION DES MÉDECINS "EN EXERCICE" DANS LES PROVINCES CANADIENNES

1971

Provinces	Total			Omnipraticiens				Spécialistes				Population totale
	N	M/P	Rang	N	%	M/P	Rang	N	%	M/P	Rang	(000)
Terre-Neuve	422	1/1 237	10	277	66	1/1 884	7	145	34	1/3 600	10	522
Ile du Prince Edouard	95	1/1 179	9	56	59	1/2 000	8	39	41	1/2 872	9	112
Nouvelle Ecosse	900	1/877	6	460	51	1/1 715	6	440	49	1/1 793	6	789
Nouveau Brunswick	542	1/1 172	8	285	53	1/2 228	10	257	47	1/2 471	7	635
Québec	6 964	1/865	5	2 719	39	1/2 217	9	4 245	61	1/1 420	2	6 028
Ontario	9 932	1/776	2	4 965	49	1/1 551	2	4 967	51	1/1 551	3	7 703
Manitoba	1 202	1/822	3	593	49	1/1 666	5	609	51	1/1 622	4	988
Saskatchewan	934	1/991	7	572	61	1/1 618	3	362	39	1/2 558	8	926
Alberta	1 961	1/830	4	996	50	1/1 635	4	965	50	1/1 687	5	1 628
Colombie Britannique	3 189	1/685	1	1 610	50	1/1 357	1	1 579	50	1/1 384	1	2 185
Canada (y compris le Yukon et T.N.O.)	26 141	1/823		12 533		1/1 717		13 608		1/1 581		21 516

SOURCE: Inventaire de la main-d'oeuvre sanitaire, Canada 1972. Santé et Bien-être social, Canada

NOTE: Médecin en exercice: Médecin qui prodigue des soins.

TABLEAU 17.2

MEDECINS SPECIALISTES ET NON SPECIALISTES

AU QUEBEC, 1972 A 1974

(Inscrits au tableau de la corporation le ler janvier)

Medecins	1973		1974		1975		1976	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Spécialistes	4 788	52,7	5 071	52,3	5 366	52,0	5 645	52,0
Non specialiste	3 347	36,9	3 690	38,1	3 997	38,8	4 225	39,0
Residents avec permis	948	10,4	931	9,6	950	9,2	988	9,0
Total	9 083	100,0	9 692	100,0	10 313	100,0	10 858	100,0

SOURCE: Corporation professionnelle des médecins du Québec
Statistiques 1975.

Les dernières données disponibles de la Corporation professionnelle des médecins, (fin 1974) nous indiquent un quotient de 1/595 pour le rapport médecin/population. Les projections de population sont extrêmement difficiles au Québec à cause des variations radicales du taux de la natalité, de l'immigration et de l'émigration constatées durant la dernière décade. En 1974, la population a augmenté de 0,9% et le taux de la natalité a été de 13,8 naissances/10 000 population, ce qui indique un début de stabilisation après une chute accélérée.

Un taux d'accroissement de 1,0% entraînerait, en 1980, une population total de 6 500 000. Si l'on estime le nombre de futurs diplômés au nombre total des étudiants actuellement inscrits en médecine pré-grade, soit 2 559 avec un taux de départ (décès, retraite) de 210/année, on arriverait en 1980 à un total de 12 671 médecins. Le taux médecin/population serait alors de 1/514 en admettant une balance immigration/émigration nulle et un taux de retour à la pratique (des résidents non licenciés) égal au nombre de praticiens généraux entrant en résidence (15 à 17/année).

Le tableau 18 indique la projection proposée suivant ces règles simples de mouvement migratoire nul, de mouvement net des résidents et d'un abandon de pratique de 210/année.

Personne ne peut actuellement affirmer que le quotient de 1/514, prévu pour 1980, correspondra à un niveau de soins satisfaisant, ni prédire quel "quotient" serait désirable pour obtenir tel ou tel niveau de santé.

Par ailleurs, le taux d'augmentation de la population médicale au cours des dernières années a été d'environ 4% par année alors que le taux d'augmentation de la population s'est situé autour de 1%; ceci aura pour effet de faire baisser continuellement le quotient canadien médecin/population et le placera parmi les 10 meilleurs taux des pays industrialisés.

TABLEAU 18

PROJECTIONS DE LA POPULATION ET DES

MEDECINS LICENCIES 1974-1985

Année	Population du Québec croissance de 1%	Médecins licenciés corporations professionnelles	Quotient médecin/population
1974	6 141 000(*)	10 313(**)	1/595
1975	6 202 410	10 614	1/584
1976	6 261 400	11 014 (***)	1/569 (***)
1977	6 327 000	11 412	1/554
1978	6 390 300	11 831	1/540
1979	6 454 300	12 251	1/527
1980	6 518 800	12 671	1/514
1981	6 584 000	13 091	1/503
1982	6 649 800	13 511	1/492
1983	6 216 300	13 931	1/482
1984	6 783 500	14 357	1/473
1985	6 851 300	14 721	1/463

SOURCE: (*) Statistique Canada, octobre 1974.

(**) Corporation professionnelle des médecins du Québec, Statistiques, janvier 1975.

(***) Réel 1976 - 10,858 médecins et un quotient MD/population de 1/571.

6,5,2,2 La répartition géographique des médecins

La répartition géographique des médecins en exercice telle que décrite au tableau 3 n'est pas idéale; on y remarque en effet un léger excès de médecins en proportion de la population dans les régions "universitaires" de Montréal, Québec et Sherbrooke et un déficit dans les régions plus périphériques. Pour les médecins omnipraticiens, la répartition régionale est plus satisfaisante que pour les médecins spécialistes.

La politique d'accessibilité aux services de santé du ministère des Affaires sociales et de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) doit se compléter par une distribution plus rationnelle des médecins entre les régions et aussi à l'intérieur de chaque région. Mais il est peu de choses que les universités et les universitaires pourront faire directement pour améliorer cette situation dans l'avenir.

Le processus d'admission ne favorise pas les candidats des "autres régions" (voir le tableau 5). De plus, il est bien connu que le recrutement régional de l'étudiant n'implique pas nécessairement que celui-ci fera un retour dans sa région d'origine. La Corporation professionnelle des médecins du Québec, après une analyse de la répartition régionale (1) a tenté de sensibiliser les étudiants à ce problème. Le projet de loi 93 avec les bourses-contrats pour les étudiants et la possibilité de négocier un contingentement régional des médecins conventionnés avec la Régie de l'assurance-maladie (RAMQ) constituent des gestes positifs vers une meilleure répartition des médecins.

La présence des centres hospitaliers universitaires contribue en apparence à la répartition inégale des spécialistes. Il faut bien comprendre cependant que les sur-spécialités, dites de troisième ligne, ne peuvent pas être

(1) Collège des médecins et chirurgiens du Québec, Bulletin spécial, juin 1973.

réparties également dans les régions et que les centres hospitaliers d'enseignement ont justement permis l'éclosion de ces équipes sur-spécialisées qui peuvent desservir un grand territoire.

Si l'éloignement des grands centres urbains représente un handicap pour la pratique d'une médecine de qualité et accélère la diminution de la compétence, deux postulats non encore vérifiés, l'université pourrait contribuer à atténuer les effets de ces facteurs en reconnaissant le "droit au savoir" des diplômés éloignés. Des programmes décentralisés de maintien de la compétence pourraient favoriser une plus grande attraction des professionnels de la santé vers ce territoire.

6,5,2,3 Recrutement des étudiants en médecine

La mise en place du réseau collégial qui devait faciliter l'accès à l'université a engendré une surabondance de diplômés qualifiés dont une partie se sont présentés pour être admis en médecine. Alors que le minimum requis, pour fin d'admission en médecine en Amérique du Nord, est le diplôme de baccalauréat en sciences, les universités francophones du Québec, appliquant les recommandations du Rapport Parent, et poursuivant les objectifs sociaux du Québec, ont admis en grande majorité des candidats détenteurs d'un DEC général (profil sciences de la santé) et peu de candidats porteurs d'un baccalauréat en sciences. Cette préférence explique en partie la baisse de l'âge moyen à l'admission. De son côté, McGill a conservé la norme nord-américaine en acceptant au moins 50% de candidats détenteurs d'un baccalauréat et en exigeant une année de médecine préparatoire pour les autres; ceci implique que McGill n'admet directement en médecine aucun diplômé du CEGEP. Cette politique d'admission sera modifiée pour admettre directement en médecine une proportion croissante de diplômés du CEGEP général.

L'acceptation, dans toutes les facultés, d'étudiants possédant déjà un premier diplôme universitaire ajouterait du poids à la cohorte venant des CEGEP. Les diplômés universitaires, comme l'a démontré une étude entreprise à l'Université de Toronto auprès des détenteurs d'un doctorat (PhD) admis en médecine, s'orientent vers la pratique médicale de première ligne et non pas vers la recherche comme on aurait pu le croire.

La sélection d'étudiants doués provenant du CEGEP général ne tient pas compte des objectifs des programmes. Si l'on désire former, par exemple, des praticiens de première ligne, on devrait valoriser l'aptitude à prendre des responsabilités et la capacité de travailler en équipe. Il est probable que l'âge moyen d'un groupe d'étudiants choisi selon ces critères serait légèrement plus élevé que celui des cohortes actuelles. Au moment du choix de carrière, l'étudiant de 22 ans, ayant obtenu son diplôme de médecine (MD), aura tendance à choisir le milieu protégé et fascinant des hôpitaux d'enseignement pour prolonger ses études en médecine de famille ou en spécialisation, plutôt que de s'installer immédiatement en pratique générale, de prendre charge d'une population complète, de pratiquer d'une façon isolée et autonome ou enfin d'assumer la direction d'une équipe de gens plus expérimentés que lui.

Dans une optique générale de promotion verticale, il devrait être possible pour un travailleur de la santé, diplômé du CEGEP professionnel et déjà en pratique depuis quelques années, de postuler l'admission en médecine, après un recyclage suffisant. La connaissance du milieu de la santé et la motivation de ces étudiants pourraient être un apport précieux pour une formation à la pratique générale.

Les facteurs qui peuvent limiter la croissance de la population médicale sont déjà identifiables. D'abord, en 1973, la Corporation professionnelle rendait l'année d'internat obligatoire pour les étrangers, ce qui eut pour effet de diminuer de 35 à 13% la proportion d'étrangers parmi les licenciés (voir tableau 13). De plus, la directive d'août 1974 du ministère des Affaires sociales limitera progressivement à 15% (en 1979) la proportion d'étrangers dans les groupes d'internes et de résidents en milieux hospitaliers. Enfin, le nombre d'étudiants admis en première année de médecine atteint maintenant un plateau après une ascension constante.

Si cette évolution de la main-d'oeuvre médicale semble admissible aux autorités gouvernementales et professionnelles, un examen annuel, une consultation établie entre les milieux gouvernementaux, universitaires et professionnels pourra évaluer le bilan des effectifs médicaux et modifier au besoin le nombre d'étudiants inscrits dans l'ensemble des facultés de médecine du Québec.

Une importante surpopulation médicale peut favoriser la répartition sur le territoire avec ou sans l'aide des incitatifs positifs (comme les bourses-contrats) ou des contingentement régionaux prévus dans le projet de loi 93. Cependant, les mêmes facteurs peuvent inciter les jeunes médecins à s'orienter vers des spécialités de "grands centres", ce qui accentuerait les disproportions actuelles entre les régions métropolitaines et les autres.

Si l'augmentation des effectifs médicaux est trop rapide, une admission plus restreinte des étrangers à la licence de pratique devrait précéder la décision de diminuer les admissions en médecine. Ce serait une circonstance favorable à l'augmentation des bourses-contrats dont l'objectif consiste à mieux répartir les médecins praticiens sur le territoire du Québec.

6,5,2,4 Le corps professoral

A la suite de la mise sur pied de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) et de la limitation du financement de la recherche bio-médicale, le renouvellement et l'accroissement du personnel professoral médical à temps plein devient un problème dans certaines facultés de médecine. La disproportion des quotients professeur/étudiants dans les différentes facultés de médecine ne peut qu'entraîner des différences dans la formation des étudiants et ce, au détriment évidemment des étudiants moins bien encadrés. Il faut rappeler cependant que le contrat entre l'étudiant et l'université doit comprendre l'assurance minimale d'acquérir une formation de bonne qualité.

Le recrutement de professeurs à temps complet semble difficile à Laval et à Montréal pour l'encadrement des unités d'enseignement clinique et le monitorat des stagiaires. A Sherbrooke, le recrutement des professeurs à temps partiel est difficile, ce qui oblige à recruter des professeurs à temps complet en majorité; de plus, une augmentation progressive, jusqu'en 1977, des étudiants (autour de 400) et des internes et des résidents (autour de 200) tendra à corriger le quotient professeur/étudiants un peu trop élevé à l'heure actuelle. La diminution du nombre de résidents étrangers se traduira possiblement par une légère augmentation du quotient professeur/étudiants à Montréal et à McGill.

La diminution du recrutement des professeurs plein temps dans les facultés de médecine de Montréal et de Laval est probablement un effet indésiré de la compétition engendrée par le mode de rémunération de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). Cependant, une nouvelle approche, comme le système de vacations (paiement fixe pour une période de temps pré-déterminée) est discutée dans le cadre des négociations entre le ministère des Affaires

social et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) qui représente également l'Association des médecins enseignants cliniciens plein temps. Malheureusement, les universités particulièrement intéressées à ce problème, ne sont pas parties à ces négociations et il serait souhaitable qu'elles soient consultées tout au cours de ces négociations.

6.5.2.5 En conclusion

La position du Québec n'est pas enviable lorsque l'on examine les indicateurs de santé. En effet, le Québec se classe au 10ième rang au Canada pour la mortalité puerpérale, au 8ième pour la mortalité néonatale, au 10ième pour la longueur du séjour hospitalier mais bon premier pour le coût par jour d'hospitalisation. En plus, le Québec vient au 10ième rang pour l'espérance de vie. On peut conclure rapidement qu'il n'y a aucune relation directe de cause à effet entre le nombre de médecins et la santé de la population, et qu'il faut aussi tenir compte de plusieurs autres facteurs comme la génétique, la nutrition, la répartition géographique et la distribution des spécialistes.

6.5.3 Les éléments de solution

Le rôle joué par les universités et par les facultés de médecine en particulier, est capital dans la réorientation d'un système de santé axé sur la maladie vers un système axé sur la santé. Le programme de formation de premier cycle en médecine représente un des noeuds importants de la situation: les choix nouveaux offerts aux futurs médecins se répercuteront nécessairement sur les autres programmes de médecine (enseignement permanent, formation des spécialistes) de même que sur les programmes dans les autres sciences de la santé. Par contact les options en faveur de la "santé", dans ces facultés et écoles, amélioreront la collaboration avec les autres secteurs de l'université tel que la nutrition, les sciences de l'activité physique, la psychologie, etc.

6.5.3.1 Les programmes par objectifs

En vue de repondre aux besoins qualitatifs du système de santé, une proposition globale de programmes par objectif semble à la fois logique et operationnelle. Le processus pédagogique "par objectif" est familier aux enseignants en medecine et est déjà accepté par la clientèle etudiante qui y a été exposée. En plus de permettre une grande variété de modes et de rythmes d'apprentissage, ce processus est compatible avec l'évaluation continue et peut susciter des comportements valables de retours périodiques aux programmes de maintien de la compétence.

Lorsqu'il s'agit de former des praticiens de médecine globale (medecins de première ligne avec accent sur la prévention de la maladie et la promotion de la santé), des praticiens spécialisés, ou des chercheurs en biologie humaine il est évident que les programmes de formation se distinguent selon des objectifs différents et selon des acquisitions de connaissances et des situations d'apprentissage différentes. Dans ces programmes, les interventions pédagogiques, les ressources professorales et cliniques sont nettement variables et les modes d'évaluation peuvent changer. Cependant, lorsque les objectifs sont bien définis et que les étudiants et les professeurs savent dans quel cheminement ils s'engagent, les déficits peuvent être détectés avant l'évaluation terminale, la periode d'apprentissage peut être allongée au besoin et les comportements à adopter sont plus précis que la définition passe-partout du "bon médecin".

Certains programmes, escomptant combler des déficits reconnus au Québec, comme celui du nombre de médecins de première ligne, sont plus urgents que d'autres. Mais il ne faut pas comprendre qu'ils soient pour autant plus importants ou prioritaires. Cet accent vers la medecine de première ligne n'est pas une option qui va à l'encontre de la spécialisation ou de la recherche; il s'agit probablement d'un problème temporaire de coordination entre les besoins et les effectifs en voie de formation. Il est inutile de s'attarder à un quotient omnipraticiens/spécialistes qui soit insatisfaisant. Il est de beaucoup

préférable de mieux préparer les "médecins globaux" à accomplir un travail de médecine préventive en plus de les former à la pratique d'une médecine curative.

6.5.3.2 Les types de médecin à former

Chaque doyen de faculté de médecine et chaque comité des études devraient être en mesure de transposer les objectifs d'un programme en un portrait-robot du professionnel à former avec ses qualités, son mode de travail, ses possibilités et ses limites. Pour donner un exemple, le portrait-robot du médecin "global" pourrait comprendre les traits suivants: la capacité d'établir un bon diagnostic, l'ouverture aux problèmes humains, la capacité de travailler en équipe, la capacité de maintenir par sa pratique des liens directs avec la santé de la population desservie, l'expertise dans la promotion de la santé et la prévention et enfin la connaissance des possibilités de réadaptation. Un résumé des connaissances à acquérir, des habiletés à maîtriser et des comportements à adopter dans l'exercice quotidien de sa profession pourraient compléter ce portrait.

6.5.3.3 Les critères de sélection des candidats

Même s'il existe une bonne corrélation entre le succès aux études collégiales générales en sciences de la santé et la capacité de compléter des études universitaires en médecine, le rapport entre le succès des études collégiales et la capacité de devenir un "bon médecin" est sûrement moins évident. Des critères de sélection basés sur les objectifs de chaque programme devraient guider les membres des comités d'admission. En plus des capacités intellectuelles, on devrait également tenir compte de l'expérience de vie, des qualités d'analyse et de synthèse, de la facilité à résoudre des problèmes, d'une certaine propension à l'empathie, etc... à mesure que l'on pourra les mesurer et les évaluer. Le mode de sélection des candidats à partir de leur dossier académique est plus objectif mais n'est pas relié spécifiquement au type de professionnel à former.

Les critères de sélection pourraient être variables selon les programmes (formation de medecin de première ligne, formation de spécialistes, formation de chercheurs) et ceux-ci devraient offrir la possibilite aux étudiants de se re-orienter en cours de route.

Il faut envisager un bassin de recrutement plus vaste avec des proportions pre-établies d'etudiants venant soit directement du CEGEP général (option sciences de la santé), soit du milieu des professionnels de la santé en exercice, soit d'un programme universitaire de 1er cycle. Cette diversité dans la sélection aurait l'avantage de ne pas privilégier une voie unique, de contrebalancer le problème de la sélection "par les points" et de s'adapter aux orientations spécifiques de chaque école de médecine.

6.5.3.4 Les etudes medicales

Dans un programme par objectifs, l'etudiant peut progresser à son propre rythme, au travers des étapes, selon sa charge de cours et ses succès. Le cadre "annuel" (deux trimestres en réalité) fait place à une promotion par matière et l'évaluation professorale peut être plus serrée sans risquer de retarder l'étudiant d'une annee. Cette approche pourrait aider à corriger l'observation inexpliquée d'un taux d'schec très bas à l'universite et d'un taux d'échec souvent élevé à des examens nationaux, comme l'examen écrit du Conseil Médical du Canada.

Un curriculum re-défini en fonction d'objectifs spécifiques, une utilisation plus rationnelle des interventions pédagogiques et un regroupement des enseignements par systèmes sont autant de modalités d'application intéressantes à examiner.

En s'inspirant des expériences des universités McMaster et de Calgary, le régime pédagogique pourrait être modifié en utilisant les trimestres d'été, soit pour certains étudiants, soit pour l'ensemble des programmes. Une telle approche entraînerait une nouvelle répartition des ressources professorales, un ajustement des frais de scolarité et de l'aide financière aux étudiants via les prêts-bourses.

La durée des études médicales en "années" serait remplacée par des cheminements individuels avec des tracés accélérés, normaux ou ralentis selon les programmes, les expériences antérieures des candidats ou leurs capacités de travail.

Il est souhaitable qu'un minimum de concordance dans les objectifs s'établisse entre les différentes facultés de médecine du Québec, surtout en ce qui concerne la préparation des médecins de première ligne, mais néanmoins, il est clair que la responsabilité des programmes et des modes d'intervention pédagogique sont la responsabilité première de chaque faculté.

Le difficile équilibre entre les sciences pré-cliniques et la formation professionnelle peut-être facilité par une collaboration des fondamentalistes et des cliniciens à des cours "par système". L'approche "solution de problème" (problem solving) qui oriente l'acquisition des connaissances constitue un autre moyen. Enfin, un contact précoce avec les problèmes des malades active la motivation des étudiants et la pertinence des enseignements.

6,5,3,5 Les stages cliniques

Dans un programme "par objectifs", les stages sont clairement définis en

termes de techniques et d'habiletés, de connaissances et de performances, d'aptitudes et d'attitudes à acquérir durant telle période. Aussi des blocs identifiés de deux, trois ou quatre mois peuvent être planifiés, agencés et évalués séparément selon les besoins des programmes et les disponibilités du champ clinique. La disparition de la dimension "annuelle" permet une évaluation plus précise de chaque étudiant à chaque stage; elle permet aussi une reprise de stage, l'obtention d'un congé dû à une grossesse ou une maladie et une réorientation partielle sans obliger dans chaque cas à retarder la promotion d'un an ou à tolérer des situations irrégulières temporaires. Par voie de conséquence, la date du premier juillet ne serait plus le seul moment du "grand changement" annuel pour les étudiants en médecine.

L'administration des programmes "par objectifs" n'est pas facile mais devra s'ajuster aux exigences pédagogiques et trouver des modes de financement et de fonctionnement qui soient adaptés à ces nouvelles conditions. Il est probable que le coût par étudiant soit plus élevé, dans un tel système; mais le coût social serait moindre que celui qui résulterait de l'allongement des études médicales ou de l'attribution de permis de pratique à des candidats moins bien évalués.

6,5,3,6 Le corps professoral

Une option des facultés de médecine vers la promotion de la santé devrait se répercuter dans le recrutement professoral autant en sciences de base qu'en clinique. L'accent vers la santé publique, la nutrition, l'activité physique ne peut être transmis dans les programmes par des professeurs d'anatomie ou de micro-biologie, et les doyens devront alors puiser dans les ressources des écoles avoisinantes.

Le recrutement de scientifiques non médecins dans les départements de science de base est un fait accompli qui ne fera que s'accentuer. Une initiation à la biologie humaine, de courts stages à l'hôpital et des projets conjoints avec des collègues médecins, en recherche ou en enseignement, leur permettraient de percevoir la dimension professionnelle de l'enseignement médical.

Le tutoriat d'encadrement, tel que préconisé à Kansas State University, fait du professeur non plus un répétiteur mais un modèle, un guide et un intégrateur pour chaque étudiant durant certaines périodes de sa formation. Cette approche permet de varier les "modèles" qui conduisent à un plus grand éventail dans le choix de carrière des étudiants.

En clinique cependant, l'effort de renouvellement s'appliquera surtout aux programmes de médecine de famille et en particulier dans la sélection des praticiens non spécialistes nécessaires pour encadrer les stages dans les groupes de médecine communautaire, les Centres locaux de services communautaires (CLSC).

De la même façon, pour le maintien de la compétence professionnelle, il deviendra nécessaire d'augmenter l'encadrement administratif et le recrutement des professeurs et moniteurs pour les activités hors campus; la grande majorité de ces enseignants seront des praticiens à temps partiel plutôt que des enseignants "de carrière", ce qui aura pour avantage d'être près des besoins de ce type d'enseignement. Toutefois, la pédagogie et les objectifs de programme devraient être élaborés par des professeurs de carrière.

En ce qui concerne l'ensemble du corps professoral en médecine, une formation pédagogique de base pourrait aider les scientifiques et les cliniciens à accepter la philosphie des programmes par objectifs et d'enseigner dans ce style.

6,5,3,7 Clientèles étudiantes et effectifs médicaux

En vue de répondre aux besoins quantitatifs du système de santé, il serait nécessaire pour le ministère des Affaires sociales de définir ses options quant à l'extension des services de santé et quant à l'accent à porter vers la médecine communautaire. Il serait également avantageux de connaître l'impact de la délégation des actes médicaux aux autres travailleurs de la santé, surtout aux infirmiers et infirmières, et d'évaluer avec un juste recul l'effet de l'instauration de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) sur les profils de pratique. Il faudrait tenir compte aussi de la proportion croissante de femmes en médecine et de leurs modes de pratique, du vieillissement de la population par la chute de la natalité et de nombreux autres facteurs difficilement quantifiables.

Plusieurs de ces déterminants ont une portée politique évidente et une portée économique qui peut devenir un facteur décisif dans le choix des solutions.

L'on sait déjà que le quotient médecin/population sera de 1/514 en 1970 (tableau 18) si les étudiants actuellement inscrits obtiennent tous leur licence de pratique, et de 1/463 en 1985, si le nombre d'admissions en médecine se maintient à 630/année. Ce quotient, basé sur l'ensemble des médecins inscrits au tableau de la Corporation professionnelle des médecins du Québec et sur une prévision de la croissance de la population de 1% annuellement, est une indication grossière de la densité des effectifs médicaux; il ne tient pas compte de la répartition entre les médecins omnipraticiens et spécialistes ni de la différence entre médecins inscrits aux tableaux 1 et 3 (10 313 en 1975 selon la Corporation) et de médecins en exercice (8 216 en 1974, selon la Régie de l'assurance-maladie du Québec). Cependant ce quotient est une excellente base de comparaison avec les autres provinces du Canada et les autres pays.

Sur ce plan, plusieurs projections peuvent être examinées:

6,5,3,7,1 Projection 1

Le nombre des admissions aux facultés de médecine demeure fixé à 630/année: alors le quotient médecin/population sera de 1/514 en 1980 et de 1/463 en 1985. Cette projection représente une augmentation importante des effectifs médicaux, une diminution de l'âge moyen de la profession médicale (arrivée de cohortes importantes de diplômés plus jeunes pendant dix ans). En terme de coûts, cette projection est très dispendieuse et en soi ne garantit pas une amélioration du niveau de santé de la population. (voir tableau 19-a)

6,5,3,7,2 Projection 11

Le nombre des admissions aux facultés de médecine diminue à partir de 1976 pour maintenir un quotient médecin/population aux environs de 1/514. Cette projection oblige à n'ajouter que 130 médecins par année, ce qui équivaut à admettre environ 340 étudiants au lieu de 630 ou d'exporter tous les diplômés en excès de 340. Une telle option devrait comprendre la formation d'infirmières cliniciennes et une orientation des diplômés strictement vers la pratique communautaire. Pour les facultés de médecine, une telle baisse de clientèle remettrait leur survie en question. (voir tableau 19-a)

TABLEAU 19-a

PROJECTIONS DES EFFECTIFS MÉDICAUX

		Projection 1			Projection 11		
Année	Population du Québec + 1%/année	Etudiants inscrits 1ère année Médecine	Effectifs	Quotient MD/population	Etudiants inscrits 1ère année Médecine	Effectifs	Quotient MD/population
1974	6 141 000	630	10 313	1/595	630		
1977					340		
1980	6 518 800	630	12 671	1/514	340	12 671	1/514
1985	6 851 300		14 771	1/463		13 328	1/514

A noter: les facteurs suivants sont fixes, dans ces projections:

- tous les étudiants admis obtiennent leur diplôme du MD;
- la balance migratoire est nulle;
- le nombre de décès, retraite, abandon est de 210 par année;

6,5,3,7,3 Projection III

Le nombre de médecins licenciés est diminué tant que faire se peut dès 1976 pour éviter un surplus d'effectifs médicaux et les admissions en médecine sont limitées dès 1976 à environ 300/année pour ne pas atteindre ce quotient de 1/514 en 1980. Cette projection est économique et dangereuse,car elle requiert une limitation drastique des admissions en médecine, l'arrêt brusque de toute immigration et probablement une exportation de médecins. Si le nombre annuel de nouveaux diplômés diminue en bas de 300, il deviendra logique de fermer au moins une école de médecine, les programmes d'internat-résidence seront dépouillés et on assurera tout juste le renouvellement des médecins en exercice (210 abandons et décès/année). (voir tableau 19-b)

6,5,3,7,4 Projection IV

Le nombre des étudiants en médecine est augmenté progressivement jusqu'à 700 nouveaux admis par année à partir de 1976 pour créer un surplus de main-d'oeuvre et orienter les futurs diplômés vers les milieux actuellement défavorisés. Cette projection de "débordement" donnerait plus de latitude dans la distribution des diplômés parmi la pratique générale, les programmes de spécialisation, la recherche et la médecine préventive. Mais c'est aussi la projection la plus dispendieuse à réaliser maintenant (augmenter la capacité des écoles de médecine) et très dispendieuse à supporter par la suite (coût de la pratique de chaque médecin durant 30 ans). De plus, il est bien connu que l'augmentation du nombre de médecins comme mesure unique ne se traduit pas nécessairement par une amélioration du niveau de santé de la population. L'Etat devra élaborer les mêmes mesures de prévention et de promotion qu'indiquées à la projection II. Le problème devient évident: l'Etat peut-il subventionner le "système de maladie" et le "système de santé" en même temps? (voir tableau 19-b)

TABLEAU 19-b (suite)

PROJECTIONS DES EFFECTIFS MEDICAUX

		Projection III			Projection IV		
Année	Population du Québec 1ère année	Etudiants inscrits 1ère année Médecine	Effectifs	Quotient MD/population	Etudiants inscrits 1ère année Médecine	Effectifs	Quotient MD/population
1974	6 141 000				630	10 313	1/585
1977		300			700		
1980	6 518 800	300	12 351	1/528		12 741	1/512
1985	6 851 300		12 801	1/528		15 191	1/451

A noter: les facteurs suivants sont fixes, dans ces projections:

- tous les étudiants admis obtiennent leur diplôme du MD;
- la balance migratoire est nulle;
- le nombre de décès, retraite, abandon est de 200 par année;

Les trois premières projections ne prévoient pas d'augmentation du nombre d'admissions en médecine alors que la quatrième suppose que l'augmentation du nombre facilitera la distribution des tâches dites médicales.

Quelles que soient les options politiques du gouvernement, il est nécessaire de fixer annuellement le nombre d'admissions en première année de médecine (donc le nombre de diplômés cinq ans plus tard). Cette décision peut être prise après consultation entre les représentants du ministère des Affaires sociales, du ministère de l'Education, des doyens de médecine et des représentants de la Corporation professionnelle des médecins.

Les points à examiner sont d'abord les postulats suivants: la croissance démographique est -elle de 1% par année pour le Québec? La balance émigration-immigration est-elle nulle?

D'autres points plus difficiles doivent être discutés annuellement: l'évolution de la profession médicale, la proportion omnipraticiens/spécialistes, la distribution géographique, l'impact des bourses-contrats prévus au projet de loi 93 et enfin les indices de santé de la population.

6.5.3.8 La répartition géographique des médecins

Jusqu'ici, les facultés de médecine ont eu un effet plutôt nul ou négatif sur la répartition géographique des médecins: les stages exclusifs dans des hôpitaux bien équipés et le modèle omniprésent du spécialiste n'incitaient pas les jeunes diplômés à pratiquer la médecine de première ligne en milieu périphérique.

Une préparation identifiée à la médecine de famille et une présence continue de l'université dans les régions périphériques faciliteraient une mi-

gration hors des grands centres urbains. Plusieurs modalités de "support universitaire régional" sont à étudier.

6.5.3.8.1 Des centres universitaires satellites voués à la formation terminale des externes et des internes. Ces centres seraient reliés à une faculté de médecine qui fournirait l'expertise pédagogique et les ressources professorales au besoin.

6.5.3.8.2 Des stages optionnels en milieu périphérique pour permettre aux étudiants (externes ou internes) de prendre contact avec la pratique de la médecine de première ligne: ces stages devraient offrir la garantie d'une présence professorale, d'objectifs précis et d'évaluation externe.

6.5.3.8.3 La recherche et le développement de la distribution des soins, l'expérimentation de modèle de soins, la mise en place de projets de démonstration en santé peuvent actualiser la présence universitaire dans les régions périphériques et créer un climat favorable de changement.

6.5.4 Recommandations

Afin de mieux préparer les futurs médecins à assumer leurs responsabilités dans l'évolution du système de santé, il est recommandé:

6.5.4.1 que les universités procèdent à la mise en place de programmes par objectifs et adaptent en conséquence le curriculum, la durée des études, l'évaluation et la promotion ainsi que la préparation pédagogique des professeurs;

6.5.4.2 que cette approche par objectifs soit également étendue aux stages cliniques en séparant les blocs de stages pour faciliter l'évaluation objective;

6.5.4.3 que les universités réévaluent constamment les critères de sélection des candidats aux études médicales afin qu'ils soient mieux adaptés aux objectifs des programmes, pour permettre notamment d'accueillir aussi des diplômés du CEGEP professionnel en techniques de la santé, des étudiants détenteurs d'un baccalauréat et des professionnels de la santé déjà en pratique;

6.5.4.4 que ces critères de sélection soient publiés et que les universités donne une chance égale aux étudiants de toutes les régions du Québec;

6.5.4.5 que les universités collaborent avec le ministère de l'Education, le ministère des Affaires sociales et la Corporation professionnelle des médecins du Québec afin de fixer le nombre d'étudiants à admettre annuellement en médecine dans l'ensemble des facultés;

6.5.4.6 que, compte tenu des disparités dans le quotient professeur/étudiant, disparités à démontrer par des études techniques approfondies, soit augmenté le nombre de professeurs dans les facultés de médecine des universités de Montréal et Laval.

6.5.4.7 *que les universités accentuent l'aspect promotion de la santé dans la formation des médecins par la reformulation des programmes, le recrutement professoral et la possibilité des stages en équipe en dehors du milieu hospitalier;*

6.5.4.8 *que les universités encouragent les étudiants en médecine à faire carrière en médecine de première ligne et dans des secteurs encore négligés en utilisant, entre autres, les moyens suivants:*

- *la constitution d'un département de médecine familiale;*
- *la mise en place de projets pilotes d'équipes multidisciplinaires;*
- *l'instauration de projets en épidémiologie et en recherche opérationnelle;*
- *la mise en place de stages en milieu de santé scolaire, industrielle et communautaire;*
- *et plus spécifiquement la préparation d'un programme de formation en médecine familiale faisant suite aux études médicales de base;*

6.5.4.9 *que les universités s'assurent de mettre en place les unités d'enseignement clinique et participent à la nomination des directeurs de départements dans les établissements de santé où elles envoient leurs étudiants.*

6.6 L'INTERNAT ET LA RESIDENCE

6.6.0 Introduction

La formation des spécialistes est une activité importante des centres hospitaliers d'enseignement en Amérique du Nord et la sanction universitaire de ces programmes est vue comme une garantie de qualité par les organismes canadiens tel que le "College Royal des Médecins du Canada". Le Québec possède toutefois un système unique car depuis le 1er juillet 1970, la responsabilité des programmes de résidence incombe entièrement aux universités et à leurs facultés de médecine. Cette particularité devrait en principe faciliter la coordination des programmes de formation et permettre de les relier plus étroitement aux besoins du réseau de soins du Québec.

Seuls les programmes d'internat et de résidence, quelquefois appelés également second et troisième cycles "professionnels" seront analysés dans ce dossier. De plus, aucune mention ne sera faite des programmes de maîtrise (MSc) et doctorat (DSc ou PhD) communément appelés programmes de deuxième et troisième cycles "académiques".

6.6.1 L'état des faits

Les programmes d'internat et de résidence existaient depuis longtemps au Québec et leur transfert sous la responsabilité universitaire, en 1970, a

entrainé des modifications mineures ou majeures selon le degre de liaison des centres hospitaliers, offrant ces programmes, avec l'université. Un processus d'affiliation institutionnelle et de nomination de professeurs et de directeurs de départements hospitaliers a accompagné cette transition.

Il faut se rappeler que les directeurs de programme ont hérité d'une situation historiquement complexe; en effet, la reconnaissance des postes de résidents avait été acceptée par le Collège des médecins de la Province de Québec pour chaque hôpital d'enseignement. Cette action s'est effectuée sur la base d'un nombre suffisant de spécialistes moniteurs et non pas sur des ressources professorales disponibles, bien que ces deux critères aient été interchangeables en certains milieux. Le nombre de "postes" disponibles dans chaque hôpital correspondait beaucoup plus souvent aux désirs des "patrons" qu'aux exigences de l'enseignement. Cette façon de procéder provoqua une situation telle, qu'à un moment donné, le nombre de postes disponibles grimpa au tour de 2 800; et il faut se rappeler que ces postes étaient automatiquement accompagnés d'un salaire provenant de l'assurance-hospitalisation. L'éventail des trente et une spécialités, la multiplicité des centres hospitaliers d'enseignement, la mobilité des résidents d'un hôpital à un autre ou d'une ville à l'autre et l'absence d'évaluation continue sont autant de facteurs qui rendaient la situation complexe lors de la prise en charge de ces programmes par les universités en 1970.

6.6.1.1 L'organisation des programmes d'internat et de résidence

Un comité universitaire,secondé de sous-comités, est responsable pour chacune des spécialités, devant le doyen de la faculté de médecine de l'ensemble des programmes. Sur ce comité on retrouve également des représentants des

MINIS. .E DE ..ATION
DIRECTION GÉNÉRALE DE
LA PLANIFICATION

hôpitaux participants et des résidents. Pour être admis à un programme, le candidat doit être accepté et inscrit à l'université par le directeur de programme et obtenir ensuite un permis d'interne ou de résident de la Corporation professionnelle des médecins du Québec. Le candidat étranger doit faire une année d'internat en Amérique du Nord et réussir l'examen de l'Educational Council for Foreign Medical Graduate (ECFMG) ou l'équivalent avant d'être éligible à la résidence. La dernière démarche, après l'acceptation dans le programme et l'obtention du permis de la Corporation, réside dans l'obligation faite au résident de signer un contrat-type avec l'hôpital ou les hôpitaux à l'intérieur desquels les stages auront lieu.

6.6.1.2 Les programmes

La structure générale des programmes est identique dans toutes les facultés de médecine du Québec et répond aux exigences de la Corporation professionelle des médecins du Québec et du Collège Royal du Canada. Pour l'internat, il s'agit d'un stage hospitalier de 12 mois, après l'obtention du diplôme de médecin (MD) et consiste surtout en une pratique encadrée dans différents départements cliniques, avec responsabilité directe du traitement des malades et service de garde de jour et de nuit. On en distingue alors trois catégories:

- l'internat unidisciplinaire: il s'agit de réaliser un stage de 12 mois dans la même discipline (médecine, chirurgie et pédiatrie surtout). Cette année, pour certains candidats, peut être considérée comme leur première année de résidence. (196 internes-résidents en 1974)

- l'internat rotatoire: il s'agit d'un stage de 12 mois réparti entre la médecine, la chirurgie, la gynécologie obstétrique, la pédiatrie et la psychiatrie. (170 internes en 1974)

- l'internat mixte: dans ce cas il s'agit de compléter 12 mois de stages avec un accent particulier sur deux disciplines. (240 internes en 1974)

Pour la résidence, la majorité des programmes comporte quatre années de formation, centrées sur le travail en milieu hospitalier et deux années sont consacrées à une discipline (médecine et chirurgie) et deux autres années à un champ spécifique (cardiologie, urologie,....). Certains programmes recommandent une année en médecine (comme l'anesthésie) ou des stages très précis (comme la physique des radiations pour la radiologie). La plupart des programmes considèrent qu'un stage d'une année ou plus en recherche comme étant l'équivalent d'une année de résidence.

On retrouve au tableau 1 un résumé des programmes offerts dans les spécialités médicales et chirurgicales dans les quatre facultés de médecine, chacune de celles-ci offrant de 25 à 30 programmes.

Si l'initiative des programmes appartient aux universités, la Corporation professionnelle des médecins du Québec conserve par son Comité d'éducation médicale, un rôle de supervision sur les nouveaux programmes et sur le nombre maximal de postes par hôpital dans chaque spécialité. Ce comité est formé du directeur de l'éducation à la corporation professionnelle, des représentants de chaque faculté et de trois membres de la corporation. Cette table ronde facilite les communications entre éducateurs et entre ceux-ci et les professionnels.

Le Conseil des universités, par son Comité des programmes, a approuvé tous ces programmes en bloc en 1970 et doit les re-examiner à partir de 1975 lors des visites d'agrément de la Corporation professionnelle des médecins du Québec.

Le Collège Royal des Médecins du Canada et le Collège de Médecine de Famille du Canada tiennent aussi à donner leur approbation après examen de chacun des programmes et une visite des lieux.

TABLEAU I

PROGRAMMES D'INTERNAT ET DE RESIDENCE 1973-74

Nombre d'étudiants inscrits

	LAVAL	MONTREAL	SHERBROOKE	McGILL	TOTAL
GROUPE I: Programmes généraux de base					
- Internat	137	134	28	121	420
- Médecine de famille	28	-	3	26	57
- Chirurgie générale	47	80	18	111	256
- Médecine	50	98	23	169	340
- Pédiatrie	13	65	5	52	135
- Psychiatrie	21	41	8	97	167
GROUPE II: Spécialités médicales					
- Allergie	0	0	1	11	12
- Cardiologie	7	20	0	13	40
- Dermatologie	5	12	0	12	29
- Endocrinologie	2	6	0	5	13
- Gastroentérologie	0	8	1	10	19
- Hématologie	0	7	1	11	19
- Nephrologie	0	7	4	12	23
- Pneumologie	1	3	0	12	16
- Neurologie	3	6	1	28	38
- Rhumatologie	0	1	2	0	3
- Physiatrie	1	5	0	0	6

SOURCE: Scott, Hugh, Dossier OSS, no. 5, sous-secteur médecine, Deuxième et troisième cycles, Etat des faits, Partie I, Opération Sciences de la Santé, Québec, Juillet 1974, Table B-16, page 6-b; tables B-2 à B-5, p.p. 6-c à 6-h.

TABLEAU 1 (suite)

PROGRAMMES D'INTERNAT ET DE RESIDENCE 1973-74

Nombre d'étudiants inscrits

	LAVAL	MONTREAL	SHERBROOKE	McGILL	TOTAL
GROUPE III: Spécialités chirurgicales					
- Anesthésie	21	21	4	44	90
- Cardiologie	0	6	0	4	10
- Orthopédie	12	23	5	28	68
- Chirurgie plastique	0	6	0	8	14
- Neuro chirurgie	0	3	1	14	18
- Obstétrique - gynécologie	14	26	1	39	80
- Ophtalmologie	10	16	2	18	46
- Otorhinolaryngologie	5	8	3	13	29
- Urologie	1	9	3	14	27
GROUPE IV: Spécialités de laboratoire					
- Pathologie	9	19	2	39	69
- Biochimie	2	0	0	1	3
- Médecine nucléaire	0	2	2	3	7
- Microbiologie	3	9	0	5	17
- Radiologie diagnostique	9	37	4	48	98
- Radiologie thérapeutique	1	0	0	0	1
Total des résidents	265	544	94	847	1 750
Total des internes	137	134	28	121	420
Grand Total	402	678	122	968	2 170
Postes agréés	596	941	212	1 037	2 786
Postes comblés %	67,4	72,1	57,5	93,3	78,0
Programmes approuvés	25	30	27	30	

SOURCE: Scott, Hugh, Dossier OSS, no 5, sous-secteur médecine, Deuxième et troisième cycles, Etat des faits, Partie I, Opération Sciences de la Santé, Québec juillet 1974, Table B-16, page 6-b; tables B-2 à B-5, p.p. 6-c à 6-h.

6.6.1.3 Les clientèles

Le tableau 2 nous indique que le nombre total des étudiants inscrits aux programmes d'internat et de résidence a été de 2 170 en 1973-1974, et que ces inscriptions sont réparties inégalement dans les programmes des quatre facultés.

A l'aide du tableau 3, on peut voir la proportion des diplômés québécois, canadiens et non canadiens inscrits dans les programmes de résidence. Le moins que l'on puisse dire, c'est que le Québec est très hospitalier pour les résidents venant d'en dehors du Québec alors que ceux-ci constituent pas moins de 45% de l'ensemble des résidents au Québec; de plus, McGill compte 64% de résidents provenant de l'extérieur du Québec.

La grande majorité des résidents canadiens sont passés de l'internat à la résidence directement. Quelques médecins, soit environ 17 par année (1), abandonnent leur pratique pour commencer un programme de spécialisation.

Il faut savoir qu'une bonne proportion d'étudiants québécois vont s'inscrire à des programmes de résidence en dehors du Québec et du Canada, soit pour une seule année, soit pour plusieurs années. En effet, 18% des candidats aux examens de la orporation professionnelle en 1973 avaient reçu leur formation complète en dehors du Québec (2).

---

(1) Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec Bulletin spécial, juin 1973.

(2) Scott, Hugh, Dossier OSS, no. 5, sous-secteur médecine, Deuxième et troisième cycles, Etat des faits, Partie I, Opération Sciences de la Santé, Québec, Juillet 1974, Table B-16, page 6-b; tables B-2 à B-5, p.p. 6-c à 6-h.

TABLEAU 2

PROGRAMMES D'INTERNAT ET DE RESIDENCE

POSTES OFFERTS ET COMBLES

1973 - 1974

		LAVAL	MONTREAL	SHERBROOKE	McGILL	TOTAL
GROUPE I	Offerts	389	504	121	583	1 597
	Comblés	296	418	85	576	1 375
	%	76,0	82,0	70,0	99,0	85,0
GROUPE II	Offerts	51	136	31	127	345
	Comblés	19	75	10	114	218
	%	37,0	55,0	31,0	90,0	62,0
GROUPE III	Offerts	113	190	34	200	537
	Comblés	63	118	19	182	382
	%	56,0	62,0	56,0	91,0	71,0
GROUPE IV	Offerts	43	111	26	127	307
	Comblés	24	67	8	96	195
	%	55,0	60,0	31,0	75,0	64,0
TOTAL	Offerts	596	941	212	1 037	2 786
	Comblés	402	678	122	968	2 170
	%	67,4	72,1	57,5	93,3	78,0

SOURCE: Scott, Hugh, Dossier OSS, no. 5, op. cit., table B-1, page 6-a.

TABLEAU 3

REPARTITION DES INTERNES ET RESIDENTS INSCRITS AU QUEBEC

1973-1974, 1974-1975

ORIGINE	TOTAL				LAVAL				MONTREAL				SHERBROOKE				McGILL			
	(1) 1973-1974		(2) 1974-1975		73 - 74		74 - 75		73 - 74		74 - 75		73 - 74		74 - 75		73 - 74		74 - 75	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Québec	1 187	54	1 187	55	335	84	323	87	439	65	419	63	71	58	75	64	342	35	354	36
Autres provinces	197	9	214	10	1	-	2	-	10	1	12	2	2	2	-	-	184	19	200	20
Canada-total	1 384	63	1 385	65	336	84	325	87	449	66	431	65	73	60	75	64	526	54	554	56
U.S.A.	122	6	141	6	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	1	1	122	13	137	14
Autres Pays	672	31	613	29	66	16	48	13	231	34	226	35	49	40	41	35	326	33	298	30
Autre pays - total	794	37	754		66	16	48	13	231	34	226	35	49	40	42	36	448	46	435	44
Grand total	2 178	100	2 139	100	402	100	373	100	680	100	660	100	122	100	117	100	974	100	989	100

SOURCE:

(1) Corporation professionnelle des médecins du Québec, Bulletin, volume XIV, numéro 1, février 1974, page 12.

(2) Corporation professionnelle des médecins du Québec, Services administratifs, Statistiques, Internes-résidents-moniteurs, 1974-1975.

6.6.1.4 Les examens

Les programmes d'internat conduisent à l'obtention du permis d'exercice de la médecine qui est accordé après une revision de l'évaluation des stages, mais ne comportant pas d'examen terminal, à l'exception cependant des diplômés non nord-américains qui doivent réussir le "Licence of the Medical Council of Canada" (LMCC).

Les programmes de résidence conduisent à l'obtention du certificat de spécialiste après un processus d'évaluation externe systématique et terminal.

Au Québec, ce processus doit souvent être effectué en double, soit devant la Corporation professionnelle des médecins du Québec et devant le Collège Royal des Médecins du Canada. Seule la corporation professionnelle est habilitée à émettre des certificats de spécialiste au Québec; cependant, plusieurs candidats tiennent à se présenter à l'examen pancanadien du Collège Royal pour le prestige additionnel que procure la réussite de cet examen. Depuis bientôt cinq ans, une collaboration étroite s'est établie entre ces deux groupements afin de préparer des examens écrits communs. Aussi, des représentants de la corporation professionnelle sont invités à participer à la préparation des épreuves écrites, sous la responsabilité des autorités du Centre McClaughlin. L'objectif proposé, soit d'établir un examen commun dans chacune des spécialités, sera probablement atteint en 1980.

L'évaluation orale ou clinique est actuellement totalement distincte et chaque candidat doit affronter deux jurys différents dans des lieux et à des temps différents. Enfin, il est possible pour les résidents ayant terminé deux annees de formation "générale" de se présenter aux examens écrits, avant d'entreprendre leurs deux années d'études plus spécialisées puis de présenter aux examens oraux.

Le taux d'échec à ces épreuves sont souvent élevés: près de 27% pour l'ensemble des examens de spécialité de la corporation professionnelle en 1973, soit 22,6% chez les candidats canadiens et 55% chez les candidats non nord-américains[1].

Durant les dix années antérieures, le taux d'échec variait autour de 20% pour l'ensemble. Aux examens du Collège Royal, le taux d'échec au niveau des "associés" était encore plus élevé, soit d'environ 60% et plus, alors qu'il était de 30% à 40% au niveau des "certifiés", mais ce double niveau est disparu depuis 1973.

Ces taux d'échec très élevés dans des programmes universitaires de "troisième cycle professionnel" sont inadmissibles. Ils sont en partie expliquables par un manque d'évaluation annuelle et l'absence de promotion par objectif, Aussi, des programmes structurés permettraient d'éliminer les candidats inaptes et stimuleraient tous les résidents vers l'atteinte d'un niveau de compétence clairement défini. Jusqu'ici, la réussite d'un programme universitaire n'a été qu'un pré-requis aux examens des corps professionnels sans donner une garantie suffisante de la compétence d'un candidat.

6.6.1.5 Le corps professoral

On peut difficilement dénombrer le corps professoral affecté aux internes et résidents. La majorité des cliniciens enseignants dirigent le travail et la formation des "équipes de soins" comprenant des résidents, des internes, des externes et quelquefois des stagiaires moins avancés. Les universités, après avoir accepté la responsabilité de la formation des internes et des résidents, ont justifié auprès du ministère de l'Education leurs demandes de postes additionnels de professeurs par cette clientèle nouvelle et abondante. Ces deman-

---

(1) Scott, Hugh, Dossier OSS, no. 5, op. cit., tableau B-18b.

des ont été reçues avec réserve par le ministère de l'Education qui a accepté quelques postes pour l'encadrement des programmes mais n'a pas accepté de considérer statistiquement les internes et les résidents comme étant des étudiants réguliers à plein temps, puisqu'ils sont déjà considérés, comme des médecins travaillant à plein temps, par le ministère des Affaires sociales.

Le "corps professoral" est disséminé dans les centres hospitaliers d'enseignement et dans une multitude de secteurs, ce qui augmente passablement le besoin en professeurs. On constate également que compte tenu de l'enseignement tutorial fourni par les résidents avancés (résidents 3 et 4) aux étudiants de l'équipe de soins, (soit les résidents 1 et 2 et les internes), le besoin en professeurs pour maintenir la qualité du milieu d'enseignement, est inversement proportionnel au nombre de ces résidents avancés.

Le modèle pédagogique de l'unité d'enseignement, préconisé par le Collège Royal des Médecins du Canada et accepté par la majorité des écoles de médecine, regroupe des professeurs et des étudiants sous un régime de responsabilité partagés dans un laboratoire réel. D'autres modèles, comme le système de "patrons", peuvent permettre de bons stages mais ne garantissent pas l'apprentissage de la responsabilité et l'évaluation de la compétence.

Le grand nombre de programmes différents dans les quatre facultés, même s'ils ne comptent qu'un petit nombre de résidents, requiert un nombre élevé de professeurs. En effet, un bon programme de résidence peut s'accomoder ou même nécessiter un petit nombre de résidents mais ne peut fonctionner sans professeurs.

La double fonction professionnelle et universitaire des cliniciens encadrant les résidents et internes est la source de nombreux problèmes et conflits.

C'est ainsi que la priorité du soin aux malades pour le médecin-professeur et le médecin-résident peut déplacer quelque peu la fonction d'enseignement à certains moments d'urgence. Cependant, la formation de l'étudiant doit demeurer, pour le professeur, une fonction identifiée et un engagement permanent.

6.6.1.6 La distribution géographique par spécialité

Des données précises sur la répartition des médecins dans les régions socio-sanitaires, et qui apparaissent au tableau 4 et au tableau 5, ont été publiées par la Corporation professionnelle des médecins du Québec (1) et par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) dans son rapport annuel 1974.

On constate que la répartition des omnipraticiens et des chirurgiens généraux est la moins inégale alors que presque toutes les autres spécialités sont beaucoup plus inégalement représentées.

Il ne faut pas se reprendre et espérer que certaines régions auront une meilleure proportion de spécialistes que la moyenne provinciale; et de fixer comme objectif d'en posséder autant que la région de Montréal est illusoire, surtout pour ce qui est des "super-spécialités" comme la chirurgie thoracique et la médecine nucléaire.

Cependant, il est important que ces chiffres soient présentés aux étudiants en médecine pour qu'ils puissent connaître, en gros, les besoins les plus urgents de la population en termes de services professionnels avant de choisir leur domaine de spécialisation.

Une modification (article 8) de l'article 15 de la Loi de l'assurance-maladie permet au ministère des Affaires sociales de déterminer "le nombre de nouveaux

(1) College des médecins et chirurgiens de la Province de Québec, Bulletin spécial, juin 1973.

TABLEAU 4

REPARTITION DE MEDECINS SPECIALISTES* ET RAPPORT POPULATION/SPECIALISTES**
POUR CERTAINES SPECIALITES, SELON LES REGIONS ADMINISTRATIVES

1973

	ENSEMBLE DU QUEBEC	01 BAS ST-LAURENT	02 SAGUENAY	03 QUEBEC	04 TROIS-RIVIERES	05 CANTONS DE L'EST	06 MONTREAL	07 OUTAOUAIS	08 NORD OUEST	09 COTE NORD
Anesthésie *	365	3	14	69	24	19	229	4	2	1
**	16 650	76 576	19 865	13 467	11 493	11 822	15 098	60 835	75 599	101 794
Chirurgie générale	497	16	15	86	30	29	283	15	10	8
	12 228	14 358	18 541	10 949	13 994	7 745	12 217	16 223	10 080	12 724
Médecine interne	245	3	5	33	9	9	181	4	1	0
	24 805	76 577	55 622	28 535	46 648	24 957	19 102	60 835	151 197	
Gynécologie-Obstétrique	276	4	6	40	13	10	200	3	0	0
	22 018	57 433	46 351	31 388	32 295	22 461	17 287	81 114		
Pédiatrie	257	4	9	33	10	16	181	3	0	1
	23 646	57 432	30 901	28 535	41 083	14 038	19 102	81 114		101 794
Psychiatrie	435	7	5	77	9	12	334	11	0	0
	13 357	32 819	55 622	12 229	46 648	18 718	10 351	22 122		
Radiologie-diagnostique	273	4	8	40	14	11	188	5	1	2
	22 261	57 342	34 764	23 541	29 988	20 419	18 391	48 668	151 197	50 897

SOURCE: Collège des médecins et chirurgiens, Bulletin spécial, juin 1973, page 92.

TABLEAU 5

REPARTITION DES MEDECINS SELON LA REGION SOCIO-SANITAIRE *

ANNEE 1973

	ENSEMBLE DU QUEBEC		BAS ST-LAURENT		SAGUENAY		QUEBEC		TROIS-RIVIERES		CANTONS DE L'EST		MONTREAL		OUTAOUAIS		NORD OUEST		COTE NORD	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	N	N	%	N	%	N	%	%	%
Ensemble des médecins	8 216	100	178	2,2	237	2,9	1 373	16,7	386	4,7	356	4,3	5 358	65,2	190	2,3	79	1,0	57	0,7
Omnipraticiens	3 681	100	109	3,0	118	3,2	634	17,2	198	5,4	136	3,7	2 600	61,5	126	3,4	53	1,4	46	1,2
Spécialistes	4 535	100	69	1,5	119	2,6	739	16,3	188	4,1	220	4,9	3 098	68,4	64	1,4	26	0,6	11	0,2
Anesthésie	420	100	4	1,0	12	2,9	80	19,0	21	6,2	24	5,7	269	64,0	3	0,7	2	0,5	--	--
Chirurgie générale	579	100	16	2,8	18	3,1	98	16,9	39	6,7	37	6,4	329	56,8	19	3,3	16	2,8	6	1,0
Médecine interne	226	100	4	1,8	3	1,3	31	13,7	7	3,1	10	4,4	167	74,0	3	1,3	1	0,4	--	--
Gynécologie-obstétrique	269	100	4	1,5	6	2,2	45	16,7	12	4,5	10	3,7	187	69,5	5	1,9	--	--	--	--
Pédiatrie	304	100	4	1,3	9	3,0	39	12,8	10	3,3	17	5,6	220	72,4	4	1,3	--	--	1	0,3
Psychiatrie	506	100	7	1,4	7	1,4	80	15,8	8	1,6	16	3,2	380	75,0	8	1,6	--	--	--	--
Radiologie-diagnostique	292	100	3	1,0	7	2,4	41	14,0	14	4,8	13	4,5	71	76,2	--	--	--	--	--	--
Population du Québec		100		3,7		4,6		15,6		6,8		3,7		57,1		4,2		2,4		1,7

SOURCE: Régie de l'assurance-maladie du Québec, Statistiques annuelles, 1973-1974, tableau P.4, page 134.

* et selon certaines spécialités

professionnels qui peuvent fournir des services assurés dans un même territoire ou établissement, en tenant compte de la catégorie ou spécialité à laquelle ils appartiennent". (1)

6.6.2 La problématique de la formation des spécialistes en médecine

La formation des spécialistes en médecine au moyen du système de la résidence est un apprentissage professionnel transmuté subitement en programme universitaire le premier juillet 1970. Cette situation nouvelle de programmes universitaires dans un champ professionnel très complexe, par surcroît formé presqu'entièrement de stages hors campus, loin de régler toutes les difficultés antérieures, en a engendré de nouvelles.

6.6.2.1 La formation en cours d'emploi

Le statut des résidents, négocié par les syndicats professionnels des résidents avec les associations des hôpitaux et le ministère des Affaires sociales est celui d'un médecin employé à plein temps pour rendre des services et celui d'un étudiant régulier à temps partiel. L'échelle de rémunération est reliée à l'ancienneté et non à la performance, à la charge de travail ou à la compétence.

Le statut d'un résident peut se résumer ainsi:

- le résident est un médecin, rémunéré par l'hôpital pour rendre des services;
- le résident est aussi un étudiant, inscrit à l'université, postulant un diplôme actuellement non reconnu et qui doit se soumettre à des examens professionnels à la fin de ses études;
- le résident est également un auxiliaire d'enseignement qui dirige l'équipe de soins et supervise l'activité des internes et externes;

---

(1) Il faut souligner que malgré la disproportion omni-praticiens/spécialistes, une pénurie existe dans certaines spécialités telles l'anesthésie, les maladies infectieuses, la pathologie et la physiatrie.

- le résident est enfin un professionnel syndiqué qui négocie une convention avec les hôpitaux et le ministère des Affaires sociales en l'absence des universités.

La dimension "service" est aussi importante durant le travail quotidien que durant les périodes de garde; il oblitère souvent l'élément formation qui est quelquefois limité à une supervision. Les cours formels, les séminars et les présentations forment une partie variable (de 10% à 30%) de la semaine du résident. L'évaluation par les professeurs est aussi très variable selon les milieux. Les deux aspects de la vie du résident, service et formation, ne sont pas incompatibles lorsque l'on confie à ce dernier des responsabilités croissantes, que son travail est régulièrement évalué et qu'il participe aux tournées, aux démonstrations et aux présentations.

La diminution progressive du nombre des résidents étrangers créera une compétition lors du recrutement de ces étudiants-travailleurs souvent nécessaires au fonctionnement des grands centres hospitaliers. De cette façon, les milieux les plus dynamiques seront en mesure d'attirer les meilleurs résidents en plus grand nombre.

6.6.2.2 Les professeurs-moniteurs

L'encadrement des résidents est formé par des spécialistes et des experts dont une faible proportion de professeurs à temps complet. Les exigences de la vie professionnelle à l'hôpital créent une allégeance prioritaire envers les malades et une préoccupation secondaire pour la formation des résidents. Pour ces spécialistes-professeurs, la présence des résidents rend leur travail plus intéressant et aussi plus productif tout en diminuant leurs obligations de surveillance des internes et externes de même que leur responsabilité de la garde de

nuit ou des jours fériés. Les résidents peuvent donc être considérés comme une main-d'oeuvre non rémunérée et offrant une certaine expertise.

6.6.2.3 Les programmes

En général, les programmes universitaires de résidence ressemblent plus à des descriptions de stages qu'à une définition claire d'un programme avec des objectifs opérationnels. La formation scientifique et les cours formels sont peu abondants ou non indiqués et les ressources professorales sont diffuses et confondues aux ressources hospitalières. L'évaluation est peu efficace et ne stimule pas suffisamment les étudiants pour leur éviter les échecs aux examens de spécialistes.

Les premiers diplômés des programmes inaugurés en 1970 devraient se présenter aux examens de septembre 1975; on pourra alors apercevoir les effets des changements introduits par les directeurs de programme depuis la prise en charge par les universités.

Le nombre de "postes" de résidents est de 2 800 au Québec, soit près de 50% des 5 836 postes de résidents au Canada, ce qui est remarquable.

L'ensemble des programmes des facultés francophones ne sont remplis qu'à 80%, et, avec l'application progressive du règlement concernant les résidents étrangers, il est possible que ce taux baisse à 66% à Laval, à moins de 60% à Montréal et à McGill et à 41% à Sherbrooke, pour se stabiliser autour de 1 600 à 1 800 postes en 1978. Dans plusieurs programmes (voir le tableau 1), aucun étudiant s'est inscrit et quelques spécialités ne semblent pas attirer de candidats et enfin certains programmes attirent plus de résidents dans une université que dans les autres. Le nombre de "postes" ouverts ne semble pas en relation avec les besoins du Québec en spécialistes; le nombre semble être davan-

tage en relation avec l'enthousiasme ou les besoins des "patrons". Avec le saupoudrage des résidents dans les hôpitaux d'enseignement, il arrive souvent que la masse critique favorable à la création d'un milieu stimulant est absente dans un programme donné ou dans un hôpital donné.

Pour voir plus clair, il est utile d'examiner séparément les quatre groupes de spécialités du tableau 1. Les programmes du groupe I sont de type plus général et ont une importance plus marquée sur le milieu d'enseignement des étudiants prégrades, selon le concept des équipes de soin de structure pyramidale: patrons-résidents 4 et 3 - résidents 2 et 1 - internes - externes - stagiaires. Les résidents de ce groupe sont assez bien distribués; par exemple, à Sherbrooke dans le programme de pédiatrie, le nombre de cinq résidents peut sembler minimal, bien qu'ils soient tous au même centre hospitalier. Dans les autres facultés, la dispersion inter-hospitalière ne nous est pas connue et pourrait révéler une absence de "masse critique".

Dans les programmes des groupes II et III, le saupoudrage est évident et pose le problème de la qualité des programmes qui n'ont pas attiré un nombre suffisant de candidats au cours des dernières années.

Pour les programmes du groupe IV, la situation est critique; il est illogique de mobiliser des ressources dans tous les milieux pour des nombres si restreints d'étudiants alors qu'une complémentarité inter-universitaire pourrait tirer le meilleur parti de chaque milieu de formation.

Un problème plus aigu à Sherbrooke qu'ailleurs est le fragile équilibre des relations entre les programmes de résidents, les spécialistes experts-professeurs, le soin surspécialisé aux malades et l'enseignement aux étudiants pré-grades.

Le même professeur, qui a un intérêt pour la recherche et l'enseignement avancé, est aussi le médecin consultant de la région et en même temps l'enseignant dynamique dans un domaine difficile des sciences de base aux étudiants pré-grade. Si on l'ampute de la partie la plus intéressante de sa tâche (résidence et recherche), il se dirigera vers un grand centre et laissera un vide dans la distribution des soins et dans l'enseignement aux étudiants. Cette dimension devra être retenue dans l'étude des solutions.

Le fait de maintenir un éventail complet de programmes isolés dans les quatre facultés constitue un risque pour la qualité de l'enseignement et représente un coût prohibitif; un trop fort degré d'auto-replication (in-breeding) est dangereux et de ce fait, des regroupements inter-universitaires sont souhaitables. La possibilité d'envoyer des résidents dans d'autres universités, dans d'autres provinces ou d'autres pays est un moyen additionnel de procurer une excellente formation dans des domaines où les ressources sont limitées.

6.6.2.4 Le processus d'évaluation

Le fait de compléter les quatre années d'un programme universitaire de formation dans une spécialité ne garantit pas le succès aux examens de la Corporation professionnelle des médecins du Québec ou aux examens du Collège Royal des Médecins du Canada. Jusqu'à maintenant, le processus d'évaluation continue n'est pas intégré à l'évaluation externe terminale. Aucune donnée n'est disponible sur les taux d'échecs ou d'abandon des programmes de résidence; la promotion automatique à l'échelon salarial supérieur est le signe habituel du succès. Il est souhaitable, tant pour les étudiants que pour les professeurs, que l'évaluation durant le programme de formation, puisse modifier suffisamment le comportement des étudiants pour éliminer les résidents incompétents et diminuer radicalement le taux élevé d'échecs aux examens terminaux.

6.6.2.5 Pourquoi l'internat?

Déjà en 1968, le Comité d'education médicale du Collège des médecins de la Province de Québec, prévoyait dans son Livre blanc la disparition de l'Internat comme année d'attente entre le diplôme universitaire (MD) et le permis de pratique. La proposition consistait à intégrer l'internat soit aux deux années du programme de médecine familiale, soit aux quatre années du programme de résidence, ces deux programmes conduisant à des permis de pratique limitée. Cette proposition a déjà été énoncée par le Dr. Hugh Scott dans le dossier sous-sectorial portant sur l'internant et la résidence (1).

De fait, l'année d'internat unidisciplinaire (straight intership) compte actuellement pour la première année de résidence, mais seulement 30% des internes en profitent. Les internats rotatoires ou mixtes peuvent être une bonne préparation à la première année de résidence mais ne peuvent être considérés comme une préparation correcte à la pratique médicale générale puisqu'ils se font presqu'exclusivement en milieu hospitalier et ne contiennent pas toujours des stages de médecine ambulatoire, d'obstétrique ou de pédiatrie.

Le taux d'échec à l'internat n'est pas connu, mais il sûrement très bas selon l'expérience des enseignants cliniciens; en fait, l'internat ne représente guère une barrière ou un filtre pour décider, soit de la compétence à pratiquer de façon autonome, soit de la capacité à entreprendre des études spécialisées. Une définition claire des objectifs de cette année de stage professionnel s'avère donc urgente.

---

(1) Dr. Hugh Scott, op. cit.

6.6.2.6 Les résidents et le permis de pratique

Selon les statistiques (1974-75) de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, on compte 1 189 internes et résidents non-licenciés et 950 résidents licenciés. Cette licence permet de pratiquer en dehors de l'hôpital lorsqu'ils ne sont pas de garde; ce qui explique peut-être l'insistance des résidents à négocier une fréquence moindre dans les heures de garde à l'hôpital.

Il semble que la corporation professionnelle s'est crue obligée de permettre cet état de choses afin d'augmenter la disponibilité des soins de première ligne le soir, la nuit et les jours de congés dans les grandes agglomérations.

Par ailleurs, on entend des plaintes constantes sur la durée des attentes dans les salles d'urgence des hôpitaux où les résidents de garde et les médecins sont surchargés.

Une limitation des licences aux résidents en formation règlerait en partie ce problème mais en accentuant le problème de soins de première ligne le soir, la nuit et les jours de congés.

6.6.2.7 La rémunération des résidents

La rémunération des résidents a causé des problèmes insolubles. Selon les points de vue, les résidents peuvent être, soit des étudiants très bien payés, soit des médecins d'établissement travaillant à rabais ou soit des esclaves consentants de patrons omnipotents. Ces exagérations ne cernent pas la réalité complexe de ces médecins-étudiants-moniteurs-syndiqués.

Une approche intéressante consisterait à reviser le mode de rémunération des résidents afin de défrayer le coût des services qu'ils rendent. Pour leur activité, comme médecin dans un établissement d'enseignement, les résidents seraient rémunérés "à la vacation" pour les périodes de garde le soir, la nuit ou durant les jours fériés, et "à forfait" comme auxiliaires pour les périodes de participation à l'enseignement. De plus, le résident devrait défrayer personnellement le coût de l'inscription universitaire pour un nombre défini de cours de formation. Un contrat avec l'université couvrirait les statuts d'étudiant et d'auxiliaire d'enseignement et un contrat avec le centre hospitalier définirait les modalités de la garde selon les exigences des programmes de formation.

Afin d'éviter les abus et protéger un peu le temps d'étude, un plafonnement peut être imposé dans le nombre de périodes de garde ou dans la rémunération supplémentaire que les résidents peuvent réclamer à la Régie d'assurance-maladie du Québec (RAMQ). En cela, on recréerait chez les étudiants, des conditions analogues acceptées par plusieurs institutions d'enseignement pour leurs professeurs cliniciens.

Un tel système aurait l'avantage de séparer dans le temps les différentes fonctions et d'éviter la confusion actuelle entre le travail et l'étude et de remettre à chaque institution la responsabilité qui lui revient: celle de l'enseignement à l'université et celle des soins au centre hospitalier.

Un essai contrôlé d'une telle approche à l'échelle d'une université, permettrait une critique intelligente et une validation d'un modèle assez différent du modèle nord-américain actuel.

6.6.2.8 La métamorphose

La Corporation professionnelle des médecins du Québec mentionne un abandon du programme de résidence chez 17 candidats chaque année (en moyenne) et on peut présumer que ces médecins se dirigent vers la pratique générale. De plus, une proportion inconnue de la pratique quotidienne des spécialistes se situe dans le domaine de la pratique générale. Certains croient que cette proportion augmente avec la durée de la pratique et que certains spécialistes sont de fait des praticiens généraux. Seule une fastidieuse analyse des profils individuels de pratique pourrait donner quelques indications satisfaisantes, comme par exemple le quotient consultations/visites. La préparation à la pratique générale est possiblement inadéquate chez ces ex-résidents et ex-spécialistes.

Dans le concept de la licence limitée, un ex-résident ou ex-spécialiste, retournant à la pratique générale, devrait refaire ou compléter les stages requis pour obtenir la licence de pratique générale.

6.6.2.9 L'enseignement permanent

L'enseignement médical permanent a surtout été orienté vers le maintien de la compétence des praticiens généraux alors que peu de programmes sont offerts aux médecins spécialistes par les universités du Québec. Quelques journées de cours "avancés" ont été proposés, mais cet enseignement est coûteux puisqu'il ne s'adresse qu'à des groupes restreints de spécialistes intéressés. Par ailleurs, ces derniers ont plusieurs occasions de participer à des rencontres et congrès nationaux et internationaux. De plus, leur vie professionnelle est souvent centrée sur la vie hospitalière où les occasions de maintenir leur compétence sont nombreuses, et leur participation à l'enseignement aux étudiants et autres médecins (résidents ou praticiens) les obligent fréquemment à renouveler leur savoir.

Si la collaboration des universités est acceptée par la Corporation professionnelle des médecins du Québec pour dispenser des programmes d'enseignement permanent, les services des médecins spécialistes seront sûrement mis davantage à contribution pour hausser le niveau de la qualité des soins.

Il deviendra donc nécessaire pour la faculté de médecine de développer une pédagogie adaptée à ce type d'enseignement et de recruter une partie du corps professoral selon d'autres critères que le titre et la carrière sur le campus. De fait, la plus grande partie de cet enseignement se fera dans les centres hospitaliers affiliés, dans les milieux de santé et dans les centres hospitaliers périphériques. Il en sera ainsi si l'université accepte sa mission d'améliorer la qualité des soins en améliorant la compétence (et non seulement les connaissances) de ses diplômés. Si la Corporation professionnelle des médecins du Québec s'oriente vers la re-licence périodique, pour ses membres, l'université devrait examiner la possibilité d'un re-diplôme périodique à l'intention de ses diplômés.

6.6.2.10 Les résidents étrangers

Le Québec fait une large place aux résidents étrangers; en effet, ils constituaient 37% du total des résidents en 1973 et on retrouvait jusqu'à 35% d'étrangers parmi les nouveaux licenciés en 1973. Cependant, le tableau 6 nous révèle que les étrangers ne forment que 16% de l'ensemble des médecins en 1972 et 11% des médecins praticiens. Aucune donnée fiable n'existe sur l'aire d'extension des résidents après leur formation. On se souvient que 18% des candidats aux examens de spécialistes ont été formés en dehors du Québec.

TABLEAU 6

MEDECINS ETRANGERS LICENCIES AU CANADA

(Pourcentage de l'ensemble des médecins)

	1968		1972	
	Pratique générale	Total	Pratique générale	Total
Québec	10 %	14 %	11 %	16 %
Ontario	28	24	33	34
Canada	29	26	32	31

SOURCE: Ministère de la Santé et Bien-être social, Section de la planification de la main-d'oeuvre, Ottawa, août 1973.

Si l'on compare l'accroissement moyen prévu de 231 spécialistes par année, avec le nombre de résidents prêts à se présenter aux examens (544/année) et le nombre moyen de candidats ayant réussi ces examens, soit 312/année entre 1963 et 1974, on remarque un déficit net minimal de 232 résidents entrainés, mais non reconnus comme spécialistes au Québec, et un nombre d'abandons de 81/année (312-231). Il semble donc logique de conclure que le Québec forme plus de résidents qu'il n'en a besoin ou qu'il n'en conserve, car ce nombre (544) ne comprend pas les résidents formés à l'extérieur, ce qui augmenterait davantage le déficit actuel (232 résidents). Malgré cela, le Québec peut s'offrir, par rapport au nombre total de médecins, une proportion de 52% de spécialistes.

Cette situation, qui n'est pas péjorative en soi, aura tendance à s'améliorer à la suite de l'application de la directive du ministère des Affaires sociales en date du mois d'août 1974, laquelle fixait à 15% la proportion de diplômés non canadiens acceptés dans les programmes de résidence. Ceci aura pour effet de diminuer d'environ 500 le nombre total de résidents ou de 125 par année à la longue.

Il est difficile de prévoir les conséquences de cette directive sur le choix des diplômés québécois si un recrutement agressif est mis en branle par les directeurs de programmes et conséquemment attire vers la résidence des candidats qui auraient opté pour la pratique générale. Même avec la présence de médecins étrangers, il y avait déjà un surplus de postes non remplis dans les universités francophones. Il serait malheureux toutefois d'assister à une diminution importante du nombre total de résidents, spécialement à Sherbrooke.

Cette faculte ne pourrait compter que sur 100 résidents pour encadrer ses programmes généraux au moment même où les cohortes d'étudiants du premier cycle passent de 60 à 80 et de 80 à 100 par année.

6.6.3 Les éléments de solution

Il est bien évident que le système de résidence a évolué suivant les besoins des milieux hospitaliers et les désirs des spécialistes et que l'impact de la décision prise en 1970 commence à peine à se faire sentir. Dans les années à venir, ce système devrait répondre avant tout aux besoins du réseau de formation des professionnels de la santé et aux besoins du réseau de santé québécois.

6.6.3.1 Pour le réseau de formation

La présence des résidents est un actif pour tout milieu de formation et plus spécialement à l'intérieur des équipes de soins et des unités d'enseignement clinique pour les secteurs dits "généraux" comme la médecine, la chirurgie générale, la pédiatrie et la psychiatrie. Il est nécessaire de maintenir et d'encadrer davantage les stagiaires externes et les internes dans ces secteurs-clé de l'apprentissage.

Plus spécifiquement, par exemple, le succès des programmes de médecine de famille est lié à la présence d'un nombre suffisant de résidents 1. On peut, soit encourager ce secteur par des bourses spécifiques, soit accorder le permis de pratique après que les deux années de préparation à la pratique générale soient complétées.

Le nombre total des résidents et des internes va diminuer légèrement à la suite d'une part, de l'application de la directive concernant les résidents étrangers et d'autre part, à la suite de l'augmentation du nombre des finissants en médecine entre 1975 et 1980. Devant cette situation, il serait important de re-

grouper les programmes dits "généraux" dans les centres hospitaliers pouvant atteindre une "masse critique" d'étudiants et de résidents, au lieu de les étaler en couche mince et de s'exposer à une dilution du milieu d'enseignement.

Pour les programmes plus spécialisés des groupes II, III et IV (présentés au tableau 1) qui comprennent moins de résidents par programme, un regroupement des candidats dans les centres hospitaliers, ayant atteint la masse critique, est une solution évidente. Le regroupement inter-universitaire des programmes comportant peu d'étudiants, ou les programmes dont les ressources sont rares, permettrait une collaboration dynamique entre les milieux intéressés. Unir les efforts aurait également pour effet offrir aux résidents le meilleur de chaque université participante,et aux professeurs des étudiants provenant de toutes les régions du Québec.

Enfin, il devrait être possible aux directeurs de programme d'envoyer des candidats choisis (hors du Québec ou du Canada) afin d'y poursuivre des etudes avancées dans des secteurs où des besoins spéciaux ont été identifiés. De tels stages, à l'étranger, sont particulièrement indiqués pour les futurs professeurs, en evitant ainsi le piege de l'auto-replication.

Il serait logique de confier à l'université la responsabilité entière et réelle des programmes de résidence pour en faire des programmes réguliers comportant une inscription, des objectifs, des ressources, une évaluation et des diplômes. Les universités, au Comité conjoint, (corporation-universités) discuteraient des caractéristiques des milieux de formation et des examens avec la corporation professionnelle. De plus, elles s'entenderaient avec les établissements de santé, dans le cadre des contrats d'affiliation, pour tout ce qui concerne les professeurs et les étudiants. Il serait même intéressant

de confier, en fidéicommis à l'université, le soin de distribuer la rémunération des résidents. De plus, il serait nécessaire, afin d'éviter la négociation des programmes de formation sous le couvert de négociations salariales avec le ministère des Affaires sociales, que les universités et le ministère de l'Education soient invités à participer aux négociations, sinon comme parties, du moins comme aviseurs.

6.6.3.2 Pour le réseau de soins

6.6.3.2.1 La formation des spécialistes

La distribution des spécialistes au Québec, qui apparaît au tableau 5, est le résultat du libre choix de chaque médecin. Bien que, selon le tableau 7, le Québec se place au second rang des provinces canadiennes pour le quotient spécialiste/population, la répartition laisse à désirer pour les spécialités et même pour les spécialités s'adressant à une grande proportion des malades (groupe I).

La Corporation professionnelle des médecins du Québec a fait un effort pour corriger ces anomalies en publiant un rapport complet de la situation en juin 1973 et en exposant ces données aux étudiants en médecine à la fin de la même année. Cet effort d'information doit être maintenu et répété annuellement à l'intention des étudiants en médecine.

Cependant, si l'on veut réellement doter les régions défavorisées de la présence d'un minimum de spécialistes du groupe I, (médecine de famille, médecine interne, chirurgie, pédiatrie et psychiatrie) une forme de recrutement positif devra être mise de l'avant par les Conseils régionaux des services de santé et des services sociaux (CRSSS). La persuasion, l'amélioration des conditions de travail et l'offre de garanties ou de bonis sont des moyens à utiliser. La

TABLEAU 7

MEDECINS EN EXERCICE AU CANADA, PAR PROVINCE

1973

PROVINCES	POPULATION	MEDECINS			OMNIPRATICIENS			SPECIALISTES			RAPPORT O/S		INTERNES RESIDENTS	MD HORS EXERCICE
		N	M/P	RANG	N	M/P	RANG	N	M/P	RANG	QUOTIENT	RANG		
Terre-Neuve	540 000	605	1/893	8	276	1/1957	8	157	1/3441	10	1,76	2	98	74
Ile-du-Prince-Edouard	116 025	105	1/1105	10	64	1/1813	7	36	1/3222	9	1,78	1	0	5
Nouvelle-Ecosse	810 500	1 353	1/599	3	485	1/1671	4	425	1/1907	6	1,14	4	344	99
Nouveau-Brunswick	658 000	677	1/972	9	292	1/2253	10	281	1/2341	7	1,04	6	52	52
Québec	6 112 300	10 150	1/602	4	2 816	1/2170	9	4 428	1/1379	2	0,635	10	2 178	728
Ontario	8 031 000	13 726	1/585	2	4 935	1/1627	2	5 292	1/1517	3	0,932	8	2 215	1 284
Manitoba	1 005 000	1 597	1/629	5	572	1/1756	6	612	1/1642	4	0,930	9	288	125
Saskatchewan	906 000	1 186	1/764	7	551	1/1644	3	381	1/2377	8	1,45	3	153	101
Alberta	1 702 000	2 526	1/674	6	991	1/1718	5	993	1/1715	7	0,99	7	347	195
Colombie-Britannique	2 369 000	4 120	1/575	1	1 946	1/1217	1	1 728	1/1370	1	1,13	5	356	90
Canada	22 249 825	36 045	1/618		12 933	1/1720		14 3	1/1555		0,91		6 031	2 753

SOURCE: Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Inventaire de la main-d'oeuvre sanitaire au Canada, 1974, Ottawa, table 12,4, page 94.

collaboration des directeurs de programme pour des stages partiels "en périphérie" pourrait aider quelques résidents à l'orienter vers de tels postes.

Les possibilités créées par les amendements à la loi de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) (projet de loi 93), incluent la négociation du contingentement par région des médecins spécialistes "conventionnés". Le fonctionnement d'un tel système coercitif ne toucherait que les spécialistes acceptant la pratique "conventionnée" et pourrait se solder par un exode, du Québec, des médecins spécialistes formés ici.

Les analyses, par région, ne sont pas d'un degré de précision suffisante pour permettre de procéder à des projections valables et à des recommandations. De nouvelles analyses en cours à la Corporation professionnelle des médecins du Québec et une participation plus directe des Conseils régionaux des services de santé et des services sociaux (CRSSS) pourraient conduire à une détermination plus rigoureuse des besoins minimaux du nombre de médecins spécialistes afin d'atteindre tel niveau de service ou de corriger tel indice de santé, dans les régions moins favorisées.

6.6.3.2.2 La formation des généralistes

Alors que la proportion généralistes/spécialistes, au Québec, est déviante par rapport à la norme canadienne, il faut se demander comment les facultés de médecine ont pu contribuer à cette anomalie. L'enseignement clinique donné dans les hôpitaux, par des médecins spécialistes exclusivement, qui offraient aux étudiants une image d'expertise très envoûtante, incitait ces derniers à opter pour des études prolongées de spécialisation. Le médecin généraliste devenait alors un produit accidentel et un laissé pour compte du système de formation médicale.

Un mouvement de revalorisation de la pratique générale, amorcé lors de l'étude du tarif unique de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), repris dans le rapport Castonguay-Nepveu et complété par les enseignements des départements de médecine sociale et préventive, a modifié le choix des nouveaux diplômés. En effet, selon les facultés de médecine francophones, de 37,5% à 56,8% des diplômés ont opté pour la pratique générale en 1973 (tableau 8) alors que le chiffre correspondant pour la même année, est de 26% à McGill.

Afin d'accentuer ce mouvement vers la pratique générale, les facultés de médecine ont organisé des stages en milieu ambulatoire et ont placé un accent sur la pratique de la médecine en dehors de l'hôpital et enfin, elles ont invité des praticiens à participer à la préparation des programmes et à l'enseignement aux étudiants.

La formation et le niveau moyen de compétence du généraliste sont probablement sujets à amélioration selon les témoignages de jeunes praticiens. L'évaluation externe fournie par l'examen du Licence of the Medical Council of Canada (LMCC), qui mesure des objectifs quelque peu différents des programmes en cours, place certaines facultés de médecine du Québec en bas de liste au Canada, ce qui devrait sonner une clochette d'alarme.

A ceci, il faut ajouter le danger de dépeupler les programmes de formation de spécialistes. Le recrutement des professeurs, la qualité des soins en milieu hospitalier et l'enseignement permanent requièrent un renouvellement des spécialistes qui peut devenir un élément critique dans l'image totale.

TABLEAU 8

OPTION DES LICENCIES EN MEDECINE

VERS LA PRATIQUE GENERALE PAR

UNIVERSITE

1972 - 1973 - 1974

ANNEES	TOTAL		LAVAL		MONTREAL		SHERBROOKE		McGILL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Diplômés 1971 - ayant obtenu leur licence en 1972	411		122		120		43		126	
Pratique générale	131	31,9	57	46,7	44	36,7	15	34,9	15	11,9
Diplômés de 1972 - ayant obtenu leur licence en 1973	391		214		102		35		40	
Pratique générale	175	44,6	97	45,3	52	50,9	14	40,0	12	30,0
Médecine de famille	12	3,2	8	3,8	0	-	0	-	4	10,0
Total	187	47,8	105	49,1	52	50,9	14	40,0	16	40,0
Diplômés de 1973 - ayant obtenu leur licence en 1974	333		126		109		48		50	
Pratique générale	150	45,0	57	45,2	62	56,8	18	37,5	13	26,0
Médecine de famille	19	5,8	14	11,1	1	1,0	13	6,3	0	-
Total	169	50,8	71	56,3	63	57,8	31	43,8	13	26,0

SOURCE: Corporation professionnelle des médecins du Québec
Bulletin, vol. XIII, numéro 3, juin 1973, tableau G, page 111;
Statistiques 1975.

Pour ce qui est de la formation des omnipraticiens, les facultés de médecine devraient prévoir des programmes identifiés préparant adéquatement aux soins globaux de première ligne (médecine de famille, prévention et promotion de la santé et médecine communautaire au sens élargi) afin d'augmenter le nombre et la proportion d'omnipraticiens et d'en améliorer la répartition. Une diminution du nombre de "postes" de résidents se dirigeant vers les spécialités est une mesure complémentaire afin d'accroître jusqu'à 60% la proportion des nouveaux diplômés choisissant la pratique médicale de première ligne.

La préparation d'un programme par objectifs pourra aider à déterminer quels stages de formation spécifique sont absolument nécessaires, après le diplôme de médecine (MD), afin de mieux former un praticien compétent; ou si un programme intégré chevauchant sur l'externat et l'internat s'avèrerait suffisant. Dans les deux cas, des milieux de formation orientés vers la médecine "ambulatoire" sont absolument requis pour ces programmes.

L'attribution, par la Corporation professionnelle des médecins du Québec du permis de pratique "générale" à la fin d'une série de stages bien identifiés aurait pour effet d'augmenter le nombre de praticiens généraux. En effet, il deviendrait très coûteux, en temps, d'abandonner un programme de résidence, de ne pas réussir les examens de spécialités et en plus de refaire les stages requis pour aller en pratique "générale".

Ultimement, la potentialité de contingentement des spécialistes, contenue dans le récent amendement à la loi de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) pourrait accentuer le choix de la pratique générale.

6.6.4 Recommandations

Relativement aux programmes de résidence, il est recommandé:

6.6.4.1 que les universités complètent la transformation des programmes de résidence en programmes universitaires bien structurés comprenant une inscription, des objectifs définis, des ressources adéquates, une évaluation sérieuse des étudiants et du programme, et enfin un diplôme universitaire spécifique reconnu par la Corporation professionnelle des médecins du Québec.

Les universités, ayant la responsabilité des programmes de résidence, devraient avoir l'autorité nécessaire et les moyens de contrôles requis pour s'assurer que la dimension "formation de niveau universitaire" demeure entièrement respectée devant la dimension "services de santé". A cette fin, il est recommandé:

6.6.4.2 que les universités agréent les postes d'internes et de résidents dans les établissements de santé et précisent les modalités et mécanismes pédagogiques et professionnels dans le cadre des contrats d'affiliation.

6.6.4.3 que les universités et la Corporation professionnelle des médecins du Québec élaborent un examen commun terminal pour chacun des programmes de formation et que celui-ci soit valable autant pour l'obtention du diplôme que pour le certificat de spécialiste et le certificat de médecine de famille.

En vue d'assurer la qualité de la formation des médecins spécialistes, il est recommandé:

6.6.4.4 que la formation des futurs médecins spécialistes soit concentrée dans les unités d'enseignement clinique, ou dans d'autres milieux de formation rencontrant les mêmes objectifs d'enseignement, où il existe une masse critique qui garantira la qualité des milieux de formation.

6.6.4.5 que les universités facilitent l'implantation de programmes inter-universitaires conjoints et intégrés dans les secteurs de spécialisation à petite clientèle pour offrir aux résidents le choix des meilleurs centres de formation.

Eu égard aux négociations collectives entre les syndicats de résidents et le ministère des Affaires sociales, le Comité Directeur de l'OSS attire l'attention du ministère des Affaires sociales sur les implications pédagogiques de ces négociations, et en conséquence, il recommande:

6.6.4.6 que le ministère de l'Education et les universités soient consultés par le ministère des Affaires sociales lors de ces négociations et avant que ne soit ratifiée toute entente entre le gouvernement et les syndicats de résidents.

Afin de mieux évaluer les besoins en médecins spécialistes et d'assurer une meilleure répartition des internes et des résidents, il est recommandé:

6.6.4.7 que les ministère des Affaires sociales réexamine périodiquement les besoins du Québec en termes de médecins spécialistes et en informe d'abord le ministère de l'Education et le Comité conjoint Corporation professionnelle des médecins-universités;

6.6.4.8 que la répartition des internes soit confiée aux facultés de médecine tout comme la répartition des résidents.

Relativement à la médecine de famille et à l'année dite de l'Internat, il est recommandé:

6.6.4.9 que le Comité conjoint Corporation professionnelle des médecins-universités étudie en priorité la possibilité d'implanter un programme par objectifs conduisant à un permis d'exercice en médecine de famille;

6.6.4.10 que le Comité conjoint Corporation professionnelle des médecins-universités ré-oriente l'année dite "d'Internat" pour l'intégrer soit au programme proposé en médecine de famille soit aux autres programmes de résidence.

Afin de prolonger la formation des médecins déjà en pratique, il est recommandé:

6.6.4.11 que les universités et leurs facultés de médecine augmentent le secteur de l'enseignement permanent en médecine (maintien de la compétence) pour développer une pédagogie et des programmes répondant aux besoins des médecins du Québec;

6.6.4.12 que la Corporation professionnelle des médecins du Québec établisse les besoins individuels et les schémas de programme de maintien de la compétence pour l'ensemble des médecins du Québec.

6.7 LA PHARMACIE ET LA PHARMACIE CLINIQUE

6.7.0 Introduction

Comme dans de nombreux autres dossiers sous-sectoriels, une analyse serrée des données actuelles de la pharmacie et de la pharmacie clinique, tant sur les plans professionnels que de la formation, nous a permis d'identifier des besoins et d'évaluer les définitions des rôles actuels et éventuels de ces professionnels de la santé.

6.7.1 La situation actuelle

6.7.1.1 Les données sur la profession

Au plan des données quantitatives relatives au nombre de professionnels et à leur répartition géographique, il existe d'une part, une pénurie de pharmaciens licenciés au niveau des établissements de santé et d'autre part, une répartition géographique très inégale de cette catégorie de professionnels.

La pénurie actuelle résulte de la comparaison entre la moyenne québécoise et la moyenne canadienne du rapport entre les pharmaciens licenciés et la population pour chacune des provinces et telle que présentée au tableau 1.

Il ressort donc de cette analyse qu'aux 2115 pharmaciens licenciés (1975), il fau-

drait, pour atteindre la moyenne canadienne de 1 pharmacien pour 1,904 habitants, ajouter de 1079 à 1256 (selon qu'on opte pour des prévisions démographiques pessimistes ou optimistes) pharmaciens licenciés de plus. Et il semble que, vers les années 1980-1981, le même écart persistera si les universités forment le même nombre de diplômés qu'en 1973-1974.

Cependant, il semble que ce soit dans les établissements de santé que la pénurie de pharmaciens licenciés se fasse le plus sentir et ce, tant pour les soins à court terme que pour les soins à long terme. En effet, alors que les normes courantes pour les services pharmaceutiques en milieu hospitalier sont de 1 pharmacien par 100 lits pour les soins à court terme et de 1 pharmacien par 250 lits pour les soins prolongés, le tableau 2 nous indique qu'aucune des régions administratives ne répond à ces normes de répartition des services pharmaceutiques.

D'autre part, les données présentées au tableau 3 démontrent que la répartition territoriale des pharmaciens par population favorise surtout les grands centres de Montréal, Québec, Sherbrooke et Trois-Rivières.

Depuis l'adoption en juillet 1973 de la loi 255, tous les professionnels de la pharmacie sont régis par l'Ordre des Pharmaciens dont les représentants siègent sur le Conseil Inter-professionnel mis sur pied par l'Office des professions. De plus les pharmaciens se regroupent, selon leurs activités, en sociétés et associations, à caractère professionnel ou syndical.

Enfin, il nous faut indiquer que le mode de rémunération pour la très grande majorité des pharmaciens réside dans la vente de services et de produits pharmaceutiques en officine, soit à titre de propriétaires, soit à titre de salariés. Par contre, environ 10% des pharmaciens sont des salariés oeuvrant dans des établissements de santé.

TABLEAU I

Rapport entre les pharmaciens licenciés et la population par province de résidence au Canada, en 1972

Saskatchewan	1: 1,342
Alberta et Nord-ouest	1: 1,382
Manitoba	1: 1,449
Colombie et Yukon	1: 1,458
Ontario	1: 1,700
Nouvelle-Ecosse	1: 2,545
Québec	1: 2,959
Terre-Neuve	1: 3,089
Ile-du-Prince-Edouard	1: 3,394
Nouveau-Brunswick	1: 3,872
Moyenne canadienne	1: 1,904

SOURCE: Division de la Planification de la Main-d'oeuvre sanitaire. Département de la Santé nationale et du Bien-être social.

TABLEAU 2

REPARTITION DES SERVICES PHARMACEUTIQUES AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE (AUTRES QUE PSYCHIATRIQUES) SELON LES REGIONS ADMINISTRATIVES DU QUEBEC (1973)

Régions	Lits court terme phcien; lits	Soins prolongés phcien; lits	Lits totaux phcien; lits
01.	1: 205	0: 1 605	1: 472
02.	1: 248	0: 1 779	1: 502
03.	1: 109	0: 1 120	1: 315
04.	1: 175	1: 911	1: 323
05.	1: 140	0: 1 753	1: 300
06.	1: 135	1: 667	1: 254
07.	1: 276	1: 919	1: 533
08.	1: 198	0: 278	1: 267
09.	1: 685	0: 202	1: 837
10.	0: 105	0: 12	0: 117
Moyenne	1: 145	1: 904	1: 294
Norme:	1: 100	1: 250	

SOURCE: Leclerc-Chevalier, Denise, Dossier OSS, no 6, Sous-secteur Pharmacie Pharmacie clinique, Etat des faits, Opération Sciences de la Santé, Québec, juillet 1973, page 59

TABLEAU 3

RAPPORT ENTRE LES PHARMACIENS ET LA POPULATION DU QUEBEC, SELON LES REGIONS ADMINISTRATIVES (mai 1973).

Régions		
01.	Bas St-Laurent - Gaspésie	1: 11 076 (9)
02.	Saguenay - Lac St-Jean	1: 4 588 (5)
03.	Québec	1: 2 697 (2)
04.	Trois-Rivières	1: 3 824 (4)
05.	Cantons de l'Est	1: 3 799 (3)
06.	Montréal	1: 2 670 (1)
07.	Outaouais	1: 4 591 (6)
08.	Nord-ouest	1: 6 691 (7)
09.	Côte-Nord	1: 9 132 (8)
10.	Nouveau-Québec	0: 14 428 (10)
Moyenne pour le Québec		1: 3 035
	en 1972	(1: 2 959)

SOURCE: Leclerc-Chevalier, Denise, Dossier OSS, no 6, Pharmacie - Pharmacie clinique, Etat des faits, Opération Sciences de la Santé, Québec, juillet 1973, page 56.

TABLEAU 4

LES EFFECTIFS ETUDIANTS EN PHARMACIE AU QUEBEC (1973-74) (1)

	LAVAL	MONTREAL	TOTAL
Admissions	60	130*	190*
Diplômes	18	67	85
Totaux 1er cycle	141	432	573
Totaux 2e et 3e cycles	4	36	40

* Données provisoires.

(1) Ces données proviennent des Rapports annuels des deux (2) universités concernées: Université Laval, Statistiques 1973, No. 11, Université de Montréal, Statistiques 1973-74, 1 décembre 1973.

6,7,1,2 Les programmes d'enseignement

Au Québec, seules l'Université de Montréal et l'Université Laval dispensent un programme de formation pour les trois cycles universitaires.

Au premier cycle, les curricula des deux universités sont à peu près équivalents, avec une orientation certaine vers le patient à Laval, car le huitième trimestre est une période de stage à temps complet dans un hôpital d'enseignement.

Il faut également remarquer que le tableau 4 indique une augmentation marquée des demandes d'admission dans les deux universités, et les contraintes liées à la disponibilité des places ont forcé celles-ci à refuser d'excellents candidats. A cet égard, soulignons que la charge des professeurs est lourde avec un ratio professeur à temps plein/étudiants de 1:31 à l'Université de Montréal et de 1:20 à l'Université Laval.

Aux deuxième et troisième cycles, les options ou disciplines varient peu d'une université à l'autre et couvrent plusieurs des champs suivants: chimie médicinale, pharmacologie, pharmacodynamie biochimique, pharmacie industrielle, sciences pharmaceutiques et pharmacognosie.(1)

Les programmes actuels de formation comportent des stages professionnels qui étaient surtout effectués en officine et sous un contrôle professionnel plutôt qu'universitaire. Cependant, des initiatives récentes de l'Ordre des pharmaciens comportent une intégration de stages cliniques plus nombreux en milieu institutionnel de santé.

---

(1) De plus l'Université de Montréal décerne des diplômes en pharmacie d'hôpital couvrant un programme théorique et pratique d'une durée de 12 mois.

D'autre part, depuis plusieurs années, l'Ordre a pris en charge la formation continue de ses membres surtout par l'instauration de cours par correspondance et auxquels la presque totalité des pharmaciens sont inscrits.

6,7,2 La problématique de la pharmacie et de la pharmacie clinique

La problématique de la pharmacie et de la pharmacie clinique concerne autant les aspects professionnels qu'universitaires de ce dossier.

6,7,2,1 Au plan professionnel

Il existe une pénurie relative de pharmaciens licenciés et surtout dans les établissements de santé; d'autre part, la répartition territoriale des professionnels en exercice pourrait certes être améliorée légèrement.

La sur-consommation de drogues et de médicaments constitue un grave danger pour la population et nous ne pouvons qu'entériner les remarques très pertinentes à cet égard, formulées par le rapport Lalonde intitulé "Nouvelle perspective de la santé des Canadiens". (voir au chapitre 4, la section 4.1.1.6)

Sur le plan professionnel, il apparaît que les nouvelles législations (lois 65,250 et 255) vont modifier profondément la pratique professionnelle du pharmacien d'officine. En effet, notre analyse nous indique que le rôle actuel de dispensateur de médicaments du pharmacien d'officine comporte un travail surtout technique axé sur le commerce des drogues. Il est important de souligner la grande difficulté que connaissent les membres de cette profession à concilier leur rôle économique actuel avec un rôle social plus élargi. Pour leur part, les pharmaciens d'établissement de santé sont trop loin du patient et pas suffisamment intégrés aux équipes de soins.

Ainsi donc, l'évolution actuelle de cette profession semble pousser davantage la spécialisation vers le médicament pour le pharmacien licencié, ce qui conférera à ce dernier une plus grande dimension technique à sa pratique professionnelle.

Cependant, il existe un besoin pour un nouveau type de pharmacien dont le travail serait surtout axé sur le patient plutôt que sur le médicament. Une orientation vers le patient implique que le pharmacien développe des aptitudes, attitudes et acquiere des connaissances qui, alliées à une certaine "conscience sociale", feront de ce professionnel un conseiller auprès du consommateur de médicaments et un membre à part entière de l'équipe de santé qui joue un rôle dans le maintien et l'amélioration de la santé publique.

6,7,2,2 Au plan de la formation

Au plan de la formation, il y a lieu de souligner que la formation actuelle du bachelier en pharmacie (1er cycle) ne prépare pas à exercer indifféremment dans tous les domaines de la pratique: officine, hôpital, industrie, etc. Elle semble plutôt axée d'abord vers la pratique en officine, ensuite au travail en milieu industriel, et une trop petite partie de la formation est consacrée au milieu institutionnel de santé; la formation actuelle ne prépare pas assez les futurs pharmaciens à leur rôle de conseiller du patient.

L'analyse du dossier pharmacie souligne qu'il n'y a pas suffisamment de moniteurs préparés à enseigner ce nouveau rôle du pharmacien. Compte tenu de la charge d'enseignement à l'Université de Montréal, il n'y a pas assez de professeurs; ce qui implique que le temps consacré à la recherche est amputé dangereusement. Enfin, dans l'ensemble, il n'y a pas suffisamment, ni à Laval ni à Montréal, de professeurs pour dispenser un enseignement clinique.

Un indice révélateur de la situation actuelle au plan de la formation réside dans le fait que la clientèle actuelle (1973-74) des programme de 2e et de 3e cycles, dans les deux universités, soit Laval et Montréal, est relativement faible, soit 25 inscrits qui ne représentent que 4.5% des 551 étudiants en pharmacie au Québec en 1973-74.

D'autre part, il y a lieu de se demander si l'exercice en milieu de santé demande une formation différente ou supplémentaire afin de permettre à ce professionnel de devenir un membre à part entière d'une équipe de travailleurs de la santé, Cette formation en pharmacie clinique serait-elle mieux rendue par un diplôme professionnel de 2e ou de 3e cycles ou par une intégration à la formation du premier cycle avec une spécialisation aux 2e et 3e cycles? Une chose s'avère certaine, à savoir que l'enseignement de la pharmacie clinique constitue le principe intégrateur du pharmacien à l'équipe de santé.

6,7,3 Enoncé des hypothèses

Tout en encourageant les transformations actuelles dans la pratique professionnelle entreprises par la profession elle-même, avec l'appui des nouvelles législations, il y aurait lieu d'envisager des hypothèses de travail quant à la formation des professionnels de la pharmacie.

Selon l'évolution du réseau québécois de distribution de soins de santé, avec l'éventualité d'une extension de la couverture des services pharmaceutiques par la Régie de l'Assurance-Maladie du Québec (RAMQ) pour l'établissement de services pharmaceutiques professionnels dans les centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres d'accueil, etc., il y aurait lieu d'envisager la formation de deux types de professionnels en pharmacie.

6.7.3.1 Le technicien en pharmacie

Selon cette hypothèse, le technicien en pharmacie deviendrait un membre du personnel pharmaceutique qui, sous la supervision d'un pharmacien, serait orienté vers la distribution des produits pharmaceutiques dans les établissements ou les officines et dont la formation, surtout technique, serait de niveau collégial.

6.7.3.2 Le pharmacien clinique

Cette hypothèse, par contre, impliquerait que le pharmacien devienne un pharmacien clinique, conseiller du patient et un consultant en équipe de santé et dont la formation se situerait au premier cycle universitaire.

Cette proposition relative à la formation en pharmacie s'appuie sur les nouvelles considérations introduites par les récentes législations (lois 65, 250 et 255) et sur le fait qu'il existe un besoin pour des professionnels de la pharmacie intégrés à l'équipe de soins dans les établissements de santé. Il faut enfin souligner que l'enseignement de la pharmacie clinique avec des stages cliniques selon la méthode "par objectifs", constitue le moyen de former adéquatement des pharmaciens pour répondre aux nouveaux besoins et procure les milieux de démonstrations requis.

6.7.4 Recommandations

Relativement à la transformation en cours du rôle des pharmaciens, il est recommandé:

6.7.4.1 que les universités continuent à ré-orienter les programmes actuels de pharmacie vers la pharmacie clinique et prévoient à cette fin:

i- l'engagement de moniteurs cliniques à l'intérieur de contrats d'affiliation avec les établissements du réseau de santé;

ii- l'intégration de l'ensemble des stages professionnels et cliniques aux programmes universitaires, ceux-ci devant répondre aux normes des stages cliniques;

iii- une collaboration entre les facultés de pharmacie et les autres facultés oeuvrant dans le domaine des sciences de la santé et plus particulièrement avec les départements de pharmacologie des facultés de médecine notamment par l'échange de professeurs et la mise sur pied de projets conjoints de recherche.

Afin d'assurer la qualité de l'enseignement et des services pharmaceutiques et en réponse à l'interrogation du Conseil des Universités, il est recommandé:

6.7.4.2 que l'Université Laval maintienne son Ecole de pharmacie pour combler la pénurie de pharmaciens dans les établissements de santé et pour améliorer les services pharmaceutiques dans l'Est du Québec;

6.7.4.3 que les universités de Montréal et Laval augmentent le corps professoral de leur école de pharmacie pour rencontrer les normes reconnues et favorisent la recherche et les études avancées;

6.7.4.4 que les universités admettent le même nombre d'étudiants en pharmacie qu'en septembre 1975, mais que la situation soit réévaluée périodiquement selon l'évolution des besoins.

Au sujet du maintien de la compétence des pharmaciens, il est recommandé:

6.7.4.5 que les universités collaborent, avec l'Ordre des pharmaciens du Québec, au niveau du Comité conjoint, à la mise sur pied de programmes assurant le maintien de la compétence des pharmaciens en exercice.

6.8 L'ACUPUNCTURE

6.8.0 Introduction

La technique de l'acupuncture consiste en l'introduction d'aiguilles dans le corps dans le but de produire un effet curatif ou palliatif. Les approches nouvelles dans ce domaine ont permis d'en découvrir les effets analgésiques car en Chine, 30% des interventions chirurgicales avec un taux de succès élevé sont entreprises à l'aide de l'acupuncture.

6.8.1 Etat de la question

L'acupuncture est une discipline issue de la médecine traditionnelle chinoise et suscite un intérêt grandissant depuis 1970 dans les milieux de la santé; cette pratique fut introduite en Amérique du Nord à la suite des nombreuses visites entreprises en Chine par les médecins et autres spécialistes de la santé tant américains que canadiens et québécois.

Il n'existe que très peu de spécialistes de l'acupuncture au Canada, soit tout au plus 75, bien que ce nombre ne soit pas officiel puisque ce ne sont pas des professionnels reconnus par la loi dans aucune des provinces. Au Québec, on évalue entre 15 et 20 le nombre de personnes s'adonnant à la pratique de l'acupuncture et à une ou deux exceptions près, ils pratiquent tous dans la région de Montréal. De ce nombre, seulement deux ont poursuivi des

études en médecine; de plus, à la suite des échanges survenus entre le Canada et la Chine, trois anesthésistes du Québec ont effectué un séjour d'études de six semaines en Chine en mai 1974 pour se familiariser quelque peu avec cette technique.

Pour ce qui est des autres "acupuncteurs" non-médecins, qui seraient au nombre de quinze, ils possèdent des formations très diverses, soit de chiropraticiens, soit d'infirmières, de physiothérapeutes ou de diverses autres formations.

Au Québec, la pratique de l'acupuncture est surtout appliquée dans un but thérapeutique dans le cadre de la médecine chinoise traditionnelle. Il existe une exception où l'acupuncture est parfois utilisée en traumatologie sportive. Les applications de l'acupuncture comme analgésique lors d'opérations chirurgicales ou de soins dentaires sont inexistantes au Québec.

La pratique de l'acupuncture n'est pas reconnue au Québec, mais le gouvernement du Québec a annoncé en mai 1974 son intention de mettre sur pied un centre d'expérimentation de l'acupuncture auquel il a affecté une somme de $100 000 pour la recherche.

Au plan de la formation, il existe au Québec deux programmes dispensés par deux institutions privées non universitaires et aucun de ces programmes n'est reconnu par le ministère de l'Education. Les prospectus de ces programmes de médecine traditionnelle chinoise (acupuncture) indiquent que la durée totale du cours en tout est de 800 heures dont 500 sont exclusivement consacrées à l'apprentissage de l'acupuncture et conduisent au diplôme d'acupuncteur. Par contre, dans les écoles de médecine traditionnelle en Chine, comme par exemple, le "Traditional Chinese Medical College of The Kwantung Province", on ne consacre que 150 heures sur près de 3000 (soit 5%) à l'enseignement de l'acupuncture.

6.8.2 Problématique

L'arrivée récente de l'acupuncture dans le milieu de la santé n'est pas sans soulever de nombreux problèmes tant au plan de l'acceptation de cette technique, que de la formation des professionnels de l'acupuncture et de son insertion éventuelle dans le réseau de distribution de soins de santé.

L'ensemble des données recueillies nous indiquent que cette technique paraît indissociable d'une part, de l'ensemble de la pratique de la médecine chinoise traditionnelle et d'autre part du contexte dans lequel elle s'est développée.

C'est donc dire que l'acupuncture ne constitue qu'une des techniques à la disposition des professionnels de la santé en Chine. C'est dire également qu'elle pourrait être difficilement transposable dans nos établissements de soins, compte tenu des caractéristiques de la population et des pratiques existantes. D'autre part, la plupart des milieux médicaux nord-américains, soutiennent qu'aucune explication scientifique de cette technique n'a été apportée.

Au plan de la formation, l'examen des programmes actuellement dispensés au Québec nous indique que ceux-ci ne répondent pas aux exigences universitaires établies pour des programmes équivalents. De plus, la formation et les stages ou cours pratiques ne sont pas sous contrôle universitaire et il nous apparaît que les requis d'admissions, le contenu et la durée des cours sont relativement élastiques et ne correspondent pas aux normes universitaires notamment au plan des ressources professorales.

De plus, il y a lieu de se demander si l'acupuncture constitue un système de

médecine parallèle (la médecine chinoise traditionnelle) ou un ensemble de techniques qui pourraient être enseignées à certains professionnels de la santé. D'autre part, il y aurait lieu de distinguer l'acupuncture comme méthode analgésique lors d'opérations chirurgicales par rapport à l'acupuncture comme méthode thérapeutique (paralysie, surdité, etc.).

Cependant dans l'un ou l'autre cas, il s'agit pour certains (comme la Corporation professionnelle des médecins du Québec) d'un acte médical qui peut être posé sur le plan clinique ou expérimental à la suite de l'établissement d'un diagnostic différentiel précis.

Enfin, il est présentement prématuré de statuer sur le niveau de formation des "acupuncteurs" car il nous faudrait savoir si c'est une technique transposable au Québec, et s'il est possible de l'ajouter à l'arsenal analgésique et thérapeutique afin de mieux répondre aux besoins de la population. Il nous faudrait également savoir si c'est une médecine parallèle ou une technique qui peut être employée par cetains professionnels de la santé.

Il faut souligner que la recherche en acupuncture, qui s'annonçait prometteuse au plan de la quantité (de chercheurs et de projets) et de la qualité (organismes scientifiques prestigieux comme le National Institute of Health (NIH) aux Etats-Unis) a considérablement ralenti et n'a donné jusqu'à présent que peu de résultats.

6.8.3 Hypothèses

Les hypothèses qui retiennent l'attention dans ce domaine relèvent du statu quo, du développement massif et enfin la proposition d'un profil de développement réaliste.

6.8.3.1 Le statu quo

Cette hypothèse a pour effet de laisser subsister une situation ambigüe sur tous les plans. Les établissements actuels de formation se développent sans contrôle ni plan déterminé. Des personnes d'ici ou d'ailleurs s'improvisent acupuncteurs et prétendent rendre tels ou tels services. La recherche sur l'acupuncture, autant sur ses mécanismes physiologiques de fonctionnement que sur ses applications, en dépit de la position adoptée par le gouvernement du Québec en mai 1974, reste encore très marginale et inorganisée.

6.8.3.2 Le développement massif

Cette hypothèse s'appuie sur l'engouement de certains professionnels de la santé pour cette technique et sur l'esprit d'organisation de certains "entrepreneurs". Elle s'appuie surtout et davantage sur la conviction éprouvée de la justesse et de la pertinence de cette technique et sur une évaluation optimiste des bienfaits qu'elle pourrait entraîner. Dans cette optique, il s'agirait d'introduire l'enseignement de l'acupuncture dans certains programmes de formation des sciences de la santé (médecine, anesthésie, psychiatrie, physiatrie, chirurgie dentaire, rhumatologie.) et, à la limite, de former des "acupuncteurs" qui oeuvreraient dans ces domaines. Il s'agirait également de doter le réseau d'établissements de santé de professionnels de l'acupuncture en nombre suffisant pour combler les besoins présumés. Il s'agirait d'investir éga-

lement de fortes sommes dans la recherche sur les mécanismes et les applications thérapeutiques de l'acupuncture.

6.8.3.3 Le profil réaliste

Cette hypothèse consiste surtout à accentuer et à améliorer les efforts actuels de recherche entrepris dans les universités sur les mécanismes et les applications analgésiques et thérapeutiques de l'acupuncture. Afin de realiser ces programmes de recherches, il y aurait lieu d'intensifier les échanges entre les professionnels de la santé du Québec et de la Chine et de procéder dans les meilleurs délais à l'identification de centres d'expérimentation. Cette hypothèse implique également une ouverture des applications de l'acupuncture vers des domaines comme la chirurgie dentaire, la psychothérapie, la réhabilitation, la rhumatologie et la traumatologie sportive.

Il s'agirait dans ce cas de ne pas reconnaître les programmes de formation actuels ou éventuels jusqu'à ce que des résultats satisfaisants permettent de mieux définir les besoins en termes de professionnels dans ce domaine.

6.6.4 Recommandations

Compte tenu de la décision du gouvernement du Québec de mettre sur pied des centres d'expérimentation sur l'acupuncture, il est recommandé:

6.6.4.1 que ces centres soient sous contrôle universitaire et qu'une certaine coordination soit établie entre ces centres.

Quant aux aspects fondamentaux de l'acupuncture, il est recommandé:

6.6.4.2 que la recherche porte autant sur les mécanismes physiologiques de l'acupuncture que sur ses applications;

que la recherche sur les applications de l'acupuncture porte surtout sur l'aspect analgésique et sur l'aspect thérapeutique;

que soit envisagée la possibilité de procéder à l'expérimentation de l'acupuncture en anesthésie, en chirurgie dentaire, en physiothérapie, en réhabilitation, en rhumatologie et en traumatologie sportive.

Relativement aux programmes de formation, il est recommandé:

6.6.4.3 que le ministère de l'Education ne reconnaisse aucun programme de formation en acupuncture, et ce, jusqu'à ce que les résultats des divers travaux de recherche entrepris soient connus et jugés satisfaisants.

6.9 LA NATUROPATHIE

6.9.0 Introduction

La naturopathie est l'art et la science de promouvoir la santé, de prévenir et de guérir les maladies par les méthodes naturelles, excluant les médicaments synthétiques, la chirurgie et la radiothérapie. Les tenants de cette école de pensée dans le domaine de la santé se recrutent, en Europe surtout, chez certains médecins et au Québec chez des non-médecins qui se font les promoteurs de la santé par la nature et préconisent un ensemble de techniques thérapeutiques qui se veulent naturelles.

6.9.1 Etat des faits

Plusieurs provinces du Canada reconnaissent la pratique de la naturopathie; cependant il s'avère difficile d'évaluer le nombre de naturopathes en exercice au Canada ainsi que de décrire leur pratique professionnelle. Au Québec, où l'exercice de la naturopathie n'est pas reconnu par la loi, on compte environ 75 personnes qui se disent naturopathes et qui exercent cette profession sur une base plus ou moins régulière.

Parmi les associations professionnelles, il existe un "Collège des naturopathes" qui regroupe les éléments les plus "militants" de cette profession et dont les quelques 30 membres sont soumis à des règles de pratique relativement strictes. Pour leur part, la majorité des autres naturopathes, sont également chiropraticiens, acupuncteurs, psychosomaticiens, etc...

Au plan de la formation, il n'existe pas de programme universitaire en naturopathie au Canada; il existe toutefois un programme dispensé à quelques

rares étudiants de niveau universitaire par l'Institut Naturopathes du "Collège des naturopathes" qui n'est pas reconnu par le Ministère de l'Education et dont les caractéristiques (requis d'admission, régime des études, etc.) sont totalement différentes de celles qui prévalent dans les programmes universitaires dans les sciences de la santé.

6.9.2 La problématique de la naturopathie

Les principaux problèmes de la naturopathie au Québec résident dans la définition de la profession, dans la formation équivoque des objectifs qu'elle poursuit et surtout dans l'identification des rôles véritables que cette approche joue ou devrait jouer.

Les caractéristiques relatives à la pratique de cette profession au Québec nous indiquent que les professionnels en exercice ont reçu une formation très variée et souvent incomplète. D'autre part, il nous apparaît que la naturopathie se conçoit chez certains comme une médecine parallèle, alors que d'autres naturopathes orientent leur pratique surtout dans le domaine de la nutrition. Il faut cependant observer que les naturopathes se présentent comme des professionnels de la "santé" et à ce titre, n'entrent pas en conflit avec les médecins qui sont à leurs yeux des professionnels de la "maladie". Leurs pressions portent surtout contre la médecine technique et le modèle médical curatif et hospitalier. De fait, ils considèrent que la médecine préventive constitue le moyen par excellence pour maintenir la santé de la population.

Enfin, la formation naturopathique au Québec compte certains handicaps, car les critères d'admission au programme, sa durée, l'inexistence de contrôle universitaire quelconque, ne favorisent pas le développement futur de cette profession.

6,9,3 Hypothèses de développement

Le développement de la naturopathie au Québec peut être envisagé selon les hypothèses suivantes, à savoir: le statu quo, le développement accéléré et la formation d'écologistes de la santé.

6,9,3,1 Le statu quo

L'idée générale de cette hypothèse consiste à soutenir que la naturopathie n'apporte rien de plus au système actuel et comporte même des risques pour la santé des gens. Dans ce cas, il s'agit de "récupérer" la partie valable de ce champ d'activité et de ne pas proposer de programme universitaire de formation.

6,9,3,2 Le développement accéléré

Cette hypothèse s'appuie sur la conviction que la naturopathie constitue un système valable de médecine parallèle axée sur la prévention des maladies par l'instauration de facteurs naturels de santé chez les individus. Dans cette optique, il s'agirait de permettre que des individus détenteurs d'un diplôme de premier cycle en sciences de la santé puissent entreprendre une formation tutoriale en naturopathie en vue de travailler par la suite auprès de populations de bien-portants. Cette approche suscite toutes fois certains problèmes d'inter-relation avec d'autres travailleurs de la santé qui visent des objectifs similaires comme les nutritionnistes, les infirmières hygiénistes, les épidémiologistes, etc...

6,9,3,3 La formation d'écologistes de la santé (1)

Dans le domaine de la santé, comme dans celui de l'environnement, il est

---

(1) Voir aussi la Partie I, le chapitre 5, les sections 5,2 et 5,6.

possible d'envisager la formation de spécialistes des problèmes relatifs à l'écologie de la santé. Par leur formation multidisciplinaire, ceux-ci seraient les mieux placés pour réaliser la promotion de la santé et de contribuer ainsi à l'instauration d'une véritable approche préventive. A cet effet, il y aurait lieu de proposer que ces écologistes soient formés au niveau du deuxième cycle et que les candidats à ce programme détiennent un baccalauréat dans une des disciplines des sciences de la santé ou un baccalauréat en sciences de la santé. L'avantage de cette formule serait double; d'une part, ces écologistes ne seraient pas en concurrence avec les autres professionnels de la santé, et d'autre part, pourraient rendre des services auprès des populations de bien-portants.

6.9.4 Recommandations

Eu égard aux analyses effectuées et aux hypothèses soulevées, pour ce qui est de la naturopathie, il est recommandé:

6.9.4.1 que ne soit pas reconnu l'enseignement de la naturopathie dans sa forme actuelle.

6.10 LA PODIATRIE

6.10.0 Introduction

La podiatrie est une profession "en émergence" qui, dès son origine, s'est développé à partir de la médecine, mais à l'extérieur des écoles de médecine. Cette situation ne l'a pas empêchée, d'une part, d'évoluer sans trop de heurts avec la médecine officielle, ni de connaître, au Québec, les tensions caractéristiques entraînées par les différences d'écoles. Ces deux traits distinctifs nous sont apparus relativement importants pour la compréhension de l'évolution et de la situation actuelle de cette profession; et ce, d'autant plus qu'ils marquent tous les débats et les questions importantes.

6.10.1 L'état des faits

L'exercice de la podiatrie au Québec n'est reconnue légalement que depuis juillet 1973; avant cette date, deux écoles de pensée prévalaient dans ce domaine. Les pédicuristes limitaient leur pratique aux affections épidermiques et unguéales du pied alors que pour leur part les podiatres de type américain (doctor of podiatric medecine - DPM) proposaient un équivalent du modèle médical pour la médecine du pied. Depuis l'entrée en vigueur de la loi 271 sur la podiatrie, et à la suite des examens (juillet 1974) contrôlés par l'Office des professions pour l'obtention du permis de pratique il n'existe qu'un seul type de podiatrie. Celle-ci est maintenant définie

par "tout acte qui a pour objet de traiter les affections locales des pieds qui ne sont pas des maladies du système".

Il y a actuellement 145 podiatres au Québec ce qui équivaut au nombre de podiatres en Ontario en 1974 et correspond à un ratio de 1 podiatre pour 43,182 personnes.

Au plan de la formation, il n'existe pas de programmes de formation de podiatre au Canada; par contre aux Etats-Unis, seulement cinq Collèges (sans affiliation universitaire) et une université, State University of New York (SUNY), dispensent de tels programmes qui s'inspirent des programmes de médecine et de médecine dentaire.

Au Québec, les podiatres ne peuvent traiter les maladies systémiques mais doivent cependant être en mesure de faire un diagnostic différentiel et de maintenir la santé des pieds. L'analyse des données recueillies a permis d'identifier un certain nombre de besoins en termes de soins podiatriques sans toutefois donner beaucoup de précision quant aux modalités de dispensation de ces soins.

6,10,2 La problématique

Jusqu'à présent les services offerts par les podiatres n'étaient pas couverts par la Régie de l'Assurance-Maladie du Québec (RAMQ) mais il est possible que cette situation soit appelées à changer d'ici peu. Il va de soi que, compte tenu de leur statut légal récemment acquis, les podiatres ne font pas encore partie du personnel des hôpitaux du Québec; jusqu'à ce jour et pour des raisons évidentes, ils pratiquent tous en solo dans des cabinets privés. D'autre part, les podiatres semblent avoir toujours maintenu d'excellentes relations professionnelles avec les médecins auxquels ils réfèrent les patients qui ne relèvent pas de leur compétence.

L'analyse des besoins en podiatres pose cependant certains problèmes car il est difficile de déterminer comment se fera l'insertion de cette profession dans le réseau de distribution de soins de santé. D'autre part, la détermination du nombre de podiatres pour combler les besoins estimés ou présumés n'est pas encore réalisée. Enfin, au plan de la formation en podiatrie au Québec, il n'existe pas ou presque de ressources et il faudra compter possiblement sur les apports des Etats-Unis ou du reste du Canada.

6.10.3 Les hypothèses

Au plan du développement de la formation en podiatrie au Québec il y aurait lieu d'envisager les hypothèses suivantes: le niveau collégial, la formation à l'étranger, une formation autonome et enfin une formation intégrée. Il faut remarquer qu'à l'exception de la première, toutes ces hypothèses impliquent une formation de niveau universitaire.

6.10.3.1 La formation de niveau collégial

Cette hypothèse est avancée par certains avec l'idée que la podiatrie est une "technique" para-médicale esthétique. Il va sans dire que la formation de techniciens professionnels en podiatrie ne pose pas de problèmes majeurs et pourrait être amorcée assez rapidement. Ainsi, un grand nombre de professionnels pourraient être admis à la pratique de la profession d'ici 10 ans afin de répondre aux besoins présumés. De plus, certains podiatres qui en manifestent le désir et qui possèdent les qualités requises, pourront avoir accès au programme de baccalauréat en sciences de la santé.

6.10.3.2 La formation à l'étranger

Dans la mesure où on envisage la formation en podiatrie comme étant de niveau "universitaire", et que les besoins en termes de professionnels qualifies sont urgents, il y aurait lieu d'envisager que les futurs podiatres du

Québec soient formés aux Etats-Unis. Selon cette optique, il est possible que les coûts entraînés par cette solution soient moindres que ceux consécutifs à l'instauration au Québec de programmes de formation.

6.10.3.3 La formation autonome

Dans l'optique d'une formation universitaire en podiatrie, il serait possible de concevoir celle-ci comme étant totalement autonome. Cette autonomie intégrale pourrait se réaliser de l'une des deux façons suivantes. Soit un "collège" privé de type américain avec un programme de niveau universitaire mais sans contrôle universitaire; soit un "département" autonome à l'intérieur de l'université.

6.10.3.4 La formation intégrée

Cette hypothèse est basée sur l'idée que la formation universitaire en sciences de la santé garantit certains avantages sur le plan de la qualité de l'enseignement lorsqu'elle est intégrée dans un département des sciences de la santé. C'est donc dire que si cette hypothèse devait prévaloir, la formation des podiatres y gagnerait beaucoup.

6.10.4 Recommandations

En tenant compte des exigences de la loi sur la podiatrie, des tâches du podiatre et des connaissances requises pour les réaliser, il est recommandé:

6.10.4.1 que la formation de podiatrie du Québec soit de niveau collégial et qu'un programme de formation soit établi en collaboration avec l'Ordre des podiatres du Québec dans les meilleurs délais;

6.10.4.2 qu'un seul programme à titre expérimental soit approuvé pour l'ensemble du Québec.

Compte tenu qu'il s'avère nécessaire d'intégrer la podiatrie dans le réseau de distribution de soins de santé et de prévoir l'encadrement des étudiants en podiatrie, il est recommandé:

6.10.4.3 que le ministère des Affaires sociales prévoit l'intégration de podiatres parmi les professionnels du réseau des établissements de santé.

6.11 LA CHIROPRATIQUE

6.11.0 Introduction

La chiropratique constitue très certainement la profession "émergente" de la santé la plus discutable et la plus controversée et dont l'histoire est parsemée de peripeties qui plus souvent qu'autrement n'ont rien à voir avec des préoccupations scientifiques ou académiques. Il apparaît maintenant possible au Québec de dépasser les débats stériles et de s'attacher à définir une approche réaliste quant au rôle et à la formation des chiropraticiens.

6.11.1 L'état des faits

L'exercice de la chiropratique est maintenant défini au Québec par la Loi sur la chiropratique (Loi 269), sanctionnée le 6 juillet 1973. Outre la définition de l'exercice de la chiropratique, cette loi autorise le chiropraticien à déterminer l'indication du traitement chiropratique par l'examen clinique et radiologique de la colonne vertébrale, des os du bassin et des autres articulations du corps humain.

Cette loi constitue un évènement majeur dans l'histoire du développement de la chiropratique au Québec. En effet, dès son apparition, l'exercice de la chiropratique fut contestée sur le plan scientifique mais surtout sur le plan légal. A la suite de l'entrée en vigueur de la loi sur la chiropratique et

de la tenue des examens (juillet 1974) contrôlés par l'Office des professions pour l'obtention du permis de pratique, il y a maintenant 433 chiropraticiens membres de l'Ordre des chiropraticiens au 1er avril 1976.

Les Services offerts par les chiropraticiens ne sont pas couverts par le Régime d'assurance-maladie du Québec (RAMQ). En raison du statut d'illégalité prévalent jusqu'en juillet 1974, il va de soi que les chiropraticiens n'ont fait ni ne font encore partie du personnel du réseau des établissements de santé au Québec. Ils pratiquent tous en cabinet privé ou dans des cliniques qui regroupent deux ou plusieurs chiropraticiens.

La main-d'oeuvre chiropratique au Canada comptait 1425 chiropraticiens en 1971 dont 320 au Québec; alors qu'au 1er avril 1976 on en compte à peu près autant, soit 433 qui exercent leur profession au Québec. Si on applique le ratio qui prévalait en Ontario en 1971, soit 1 chiropraticien pour 13,930 personnes, le Québec aurait été cette année-là en déficit de 28 chiropraticiens, alors qu'en 1976, ce déficit n'est que de 16 chiropraticiens, le ratio étant passé à 1 chiropraticien pour 13,400 personnes.

Au plan de la formation, il n'y a qu'un seul programme de formation en chiropratique au Canada, alors qu'il en existe près de dix aux Etats-Unis, dont seulement quatre sont déjà reconnus par le Council ou Chiropractic Education (CCE), à savoir ceux des institutions suivantes: National Chiropractic College, Northwestern College of Chiropractic, Los Angeles College of Chiropractic et Texas Chiropractic College. A la suite des recommandations en ce sens du Ontario Council of Health [1] au Ministre de la Santé en 1974, le Canadian Memorial College of Chiropractic (CMCC) à Toronto, devra être intégré au réseau public d'enseignement et affilié à une université avant 1979. Ce collège devra entreprendre des programmes conjoints avec cette université dans les

---

(1) Roland Stafford, Dossier OSS 7.4, Chiropratique - Etat des faits, Opération Sciences de la Santé (OSS), Québec, avril 1974, p.p. 355 à 370

sciences fondamentales et cliniques et modeler ses exigences et pré-requis sur ceux qui existent dans les autres secteurs des sciences de la santé. De plus, la formation clinique s'effectuera dans des hôpitaux et des centres communautaires et la recherche devra se développer davantage. Enfin, le nombre de gradués sera contingenté à 75 par année pour les cinq prochaines années.

Pour l'ensemble des institutions de formation en chiropratique tant au Canada, qu'aux Etats-Unis, il y avait en 1972-73, 81 étudiants du Québec inscrits à la formation chiropratique; pas moins de 75% d'entre eux soit 60, étaient inscrits au Palmer College à Davenport (Iowa), 20 à Toronto et un à Logan College de St-Louis. Il apparait que cette proportion vaut encore pour 1975-1976.

6.11.2 La problematique de la chiropratique au Québec

Sur les plans académique et scientifique, la principale question consiste à savoir ce qu'est réellement la chiropratique. Toute l'histoire du développement de cette profession est marquée par des jugements préremptoires des milieux medicaux quant à l'absence de valeur scientifique de la chiropratique. Par contre, de l'ensemble des documents et discussions sur la chiropratique, il n'est ressorti que très peu de données pertinentes quant aux caractéristiques réelles de la chiropratique; non plus qu'il ne fut établi clairement à quels besoins elle répond.

En résumé, après des debuts à caractère pseudo-religieux, la chiropratique soulève encore des questions fondamentales notamment au plan de la valeur thérapeutique de la manipulation vertébrale et au plan d'une formation qu'on estime généralement insuffisante pour poser un diagnostique différentiel.

L'absence de reconnaissance légale est à l'origine du fait que la situation actuelle de la chiropratique au Québec soit, au plan de la pratique professionnelle, inférieure (qualité et quantité des services) à celle qui prévaut en Ontario. Il faut souligner cependant que dans cette province, la chiropratique

est reconnue légalement depuis 1915 et que l'enseignement de cette discipline est offert depuis 1949 par le Canadian Memorial of Chiropractic (CMCC) de Toronto.

Une autre dimmension de la problématique de la chiropratique réside dans le niveau de formation des professionnels en exercice au Quebec. Bien que certains progrès aient été réalisés depuis le rapport de la Commission Lacroix en 1965, l'ensemble de la profession est relativement âgé (l'âge moyen est de 45-50 ans) et la proportion de professionnels plus jeunes n'augmente pas très rapidement. De plus, la plupart des chiropraticiens en exercice sont rattachés à une approche relativement traditionnaliste de la profession et semblent peu préparés au changement.

L'absence totale de lien existant entre les chiropraticiens et les autres professionnels de la santé, pour ne pas parler des batailles légales, constitue un autre élément important qu'il faut envisager. En effet, la chiropratique fut longtemps proposée et perçue comme devant être une médecine parallèle avec tout ce que cela comporte de dogmatisme. Il est donc très normal de réaliser qu'aucun chiropraticien ne soit présent dans le réseau québécois de distribution de soins de santé. Cependant, il faut souligner que les progrès accomplis récemment par la chiropratique en Ontario sont survenus surtout après que les chiropraticiens eurent accepté que leur profession ne constituait qu'une des sciences de la santé.

Enfin, et aussi à titre de conséquences issues du développement historique de cette profession, il faut souligner quelques autres éléments significatifs.

La qualité des professeurs des collèges chiropratiques ne rencontre pas encore les normes qui prévalent dans les autres secteurs des sciences de la santé. De plus, la recherche en chiropratique est presque inexistante et trop peu d'efforts sont entrepris pour la développer. Enfin, il faut relever le fait que les chiropraticiens du Québec, pour différentes raisons, n'ont pas été impliqués dans les grands processus de changement entrepris tant au plan de la santé que de l'enseignement supérieur.

6.11.3 Les hypothèses de développement

Au plan de développement de la formation en chiropratique au Québec, il y aurait lieu d'envisager les hypothèses suivantes à savoir, le niveau technique et le niveau universitaire.

6.11.3.1 Enseignement et formation de niveau technique

Cette hypothèse est fondée sur la conception de la chiropratique comme une technique de massage, de vertébrothérapie et de physiothérapie. Les principales conséquences de cette idée résident dans le fait que ces professionnels devraient être encadrés par des physiothérapeutes et que des physiatres pourront contrôler l'exercice de cette technique. D'autre part, il n'est plus question de système de médecine parallèle. Les principaux inconvénients portent sur le fait que la loi 269 fait des chiropraticiens des professionnels autonomes et que le Québec proposerait un modèle très différent de ce qui existe au plan de la formation au Canada et aux Etats-Unis.

6.11.3.2 Enseignement et formation de niveau universitaire

Cette hypothèse est fondée sur l'idée que la chiropratique requiert un degré

d'autonomie d'exercice appuyé sur un niveau élevé de connaissances, attitudes et aptitudes permettant la formulation d'un diagnostic différentiel. Il existe cependant plusieurs modalités d'application de cette hypothèse et les avantages et inconvénients varient selon ces modalités.

6.11.3.2.1 La création d'une institution privée de niveau universitaire

Cette façon de procéder risquerait de recréer l'ensemble des lacunes existantes dans le modèle américain (dogmatisme, absence de contrôle universitaire, marginalité) et constituerait plutôt une réaction contre la répression des milieux médicaux. Enfin ceci équivaudrait à revenir à la situation qui prévalait il y a quelques années et irait à l'encontre du mouvement amorcé récemment en Ontario.

6.11.3.2.2 La formation à l'extérieur du Québec

A partir d'une évaluation des milieux de formation tant aux Etats-Unis qu'au Canada, on pourrait envisager que les futurs chiropraticiens du Québec soient formés dans ces institutions. Selon cette optique, il est possible que les coûts entrainés par cette solution soient moindres que ceux encourus par l'instauration au Québec de programmes de formation. Cependant les différences de formation et les querelles d'écoles ne seraient pas éliminées pour autant.

6.11.3.2.3 La formation intégrée

Cette modalité s'appuie sur l'idée que, d'une part la chiropratique constitue l'une des sciences de la santé et d'autre part, que la formation universitaire en sciences de la santé bénéficie de certains avantages sur le plan de la qualité de l'enseignement lorsque cette foramtion est intégrée dans un secteur des sciences de la santé.

A ce moment il n'est plus question de médecine parallèle et la chiropratique s'impose les mêmes exigences que les autres sciences de la santé. Par contre, selon cette approche, il est possible d'envisager soit un développement normal de cette profession dans la mesure où elle réussit à percer, soit une éviction à plus ou moins brève échéance du niveau universitaire si la chiropratique ne peut en assumer les exigences.

6.11.4 Recommandations

Compte tenu de l'absence relative de données pertinentes quant aux besoins en termes de services chiropratiques, il est recommandé:

6.11.4.1 que ne soit pas envisagée pour les deux prochaines années l'approbation de tout projet de programme régulier de formation en chiropratique;

6.11.4.2 que le ministère des Affaires sociales voit à ce qu'une étude longitudinale soit entreprise dans les meilleurs délais, en milieu universitaire, par des professionnels de diverses disciplines incluant des membres de l'Ordre des chiropraticiens du Québec, afin de mieux statuer sur les possibilités de bénéfices pour la population en termes de services chiropratiques ainsi que sur le champ de pratique des chiropraticiens;

6.11.4.3 que des projets d'expérimentation et de démonstration soient entrepris au plan de la pratique professionnelle et de la recherche et que ces projets regroupent des chiropraticiens et d'autres professionnels de la santé.

Compte tenu de l'existence légale de la chiropratique au Québec et jusqu'à ce qu'il existe un programme approprié de formation, il est recommandé:

6.11.4.4 qu'un régime d'aide financière, modelé sur celui des prêts-bourses soit instauré pour permettre aux étudiants du Québec de se former en chiropratique à l'extérieur du Québec dans un programme reconnu par le ministère de l'Education;

6.11.4.5 qu'au Canada, le Canadian Memorial Chiropractic College (CMCC) de Toronto, et qu'ailleurs seules les institutions déjà reconnues par le Council on Chiropractic Education (CCE), soient reconnus comme centres de formation pour les étudiants du Québec qui désirent se prévaloir de cette formation.

6.12 LE SERVICE SOCIAL EN MILIEU DE SANTE

6.12.0 Introduction

Le travailleur social, professionnel autonome reconnu par le Code des professions, chevauche depuis longtemps les domaines du bien-être et de la santé. En effet, sa formation dans les sciences sociales était très peu orientée vers l'étude des maladies; sa présence nécessaire dans les milieux hospitaliers et sa participation à l'équipe de soins ont largement contribué à élargir le concept "santé".

Le modèle curatif hospitalier regroupant l'ensemble maladie - médecin - hôpital - médicament s'est transformé en un concept basé sur le support personnel, l'équipe, le milieu de vie et les ressources communautaires. Durant cette évolution, le travailleur social qui était un membre marginal de l'équipe de soins est devenu un membre - clé de l'équipe de santé.

6.12.1 Etat de la question

A la fin de 1973, la Corporation professionnelle des travailleurs Sociaux professionnels du Québec comptait 1524 membres. Pas moins de 28.3%, de ceux-ci, soit 431 travailleraient en milieu de santé (hôpitaux, équipes psychiatriques, centres d'accueil, alcoolismes ou toxicomanes). Les travailleurs sociaux actifs en milieu de santé sont en majorité de sexe féminin (quotient F/M = 3/1) et plus jeunes que la moyenne de la profession; ainsi, les travailleurs sociaux professionnels qui travaillent en milieu de santé sont féminins dans 72.2% des cas alors que la Corporation des travailleurs sociaux professionnels du Québec ne compte que 58.8% de femmes.

Près de la moitié des hôpitaux (de fait 44.0%) ont maintenant un secteur de service social, alors que la proportion n'était que de 19.6% en 1967. Cependant la plupart des hôpitaux de plus de 200 lits (77%) peuvent compter sur un secteur de service social. A cause du changement prévu par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre 48), tous les centres hospitaliers seront assurés de la disponibilité de travailleurs sociaux par l'intermédiaire du Centre de Service Social (CSS) de chaque région.

En 1972-73, cinq universités, soit Montréal, Laval, UQAM, McGill et Sherbrooke, offraient des programmes d'enseignement universitaire en service social. Tous ces programmes mènent d'abord à un premier diplôme de baccalauréat en service social. Quatre de ces cinq universités (à l'exception de l'UQAM pour le moment) offrent également des programmes de maîtrise en service social qui visent soit à une pratique professionnelle avancée, soit au développement de la recherche, soit à l'accession éventuelle au 3ième cycle ou encore au développement d'un champ de pratique professionnel lié à l'élaboration des politiques sociales. Ces quatre mêmes institutions offrent aussi un programme de rattrapage (ou année de qualification) qui vise à permettre à ceux qui possèdent déjà un diplôme de premier cycle dans une autre discipline, d'accéder aux programmes de maîtrise. On peut noter enfin que Sherbrooke et McGill offrent des diplômes d'études avancées et d'études spécialisées qui compensent quelque peu l'absence d'un troisième cycle en service social au Québec alors que l'Université de Montréal se prépare à offrir un tel diplôme en gestion des services sociaux.

L'Université de Sherbrooke et l'Université du Québec offrent (et l'Université Laval se prépare à l'offrir) des programmes de certificat d'étude en travail social qui s'adressent aux conseillers sociaux qui veulent parfaire leurs connaissances.

Le tableau I résume les données sur la clientèle étudiante et le tableau 2 indique la répartition du corps professoral selon l'université.

TABLEAU I

ETUDIANTS INSCRITS EN SERVICE SOCIAL

SELON L'UNIVERSITE

1973

	LAVAL	MONTREAL	McGILL	SHERBROOKE	UQAM	TOTAL
Etudiants diplômés en 1973*	105	56	46	125	2	334
Etudiants inscrits au premier cycle*	159	113	90	152	158	672
Etudiants inscrits aux 2e et 3e cycles (1972-1973)**	16	68	55	31	-	170

SOURCE: * St-Arnaud, Georgette, Dossier OSS, no. 8, Sous-secteur Service social en milieu de santé, Partie 1, Opération Sciences de la santé, Québec, Novembre 1973, tableau II, page 43.

** Population étudiante des universités du Québec, DGES, Ministère de l'Education.

TABLEAU 2

QUALIFICATION ACADEMIQUE

DES PROFESSEURS SELON L'UNIVERSITE (1973)

1973

	LAVAL	MONTREAL	McGILL	SHERBROOKE	UQAM
Professeurs	15	24	18	17	10
- avec maîtrises	10	9	9	14	-
- avec scolarité de doctorat	2	7	2	1	7
- avec doctorat ou PhD	3	5	5	-	3
- autres	-	3	2	2	-
Quotient étudiants/ professeur	12,5	9,2	8,0	10,8	11,8

SOURCE: St-Arnaud, Georgette, Dossier OSS, no. 8, sous-secteur service social en milieu de santé, Partie I, Opération Sciences de la santé, Québec, Novembre 1973, tableaux IV et V, page 47.

Les étudiants en travail social peuvent choisir des cours et des stages de recherche dans le domaine plus particulier de la santé. On peut ainsi évaluer que 86% des travailleurs sociaux professionnels ont suivi de 1 à 4 cours de trois crédits dans les domaines relevant de la santé. La moitié des étudiants, soit 50,6%, a effectué des stages en milieu de santé alors que 18,7% d'entre eux ont présenté des thèses de maîtrise sur des sujets reliés à la santé. On peut cependant noter que les milieux de stages ne correspondent pas nécessairement aux milieux de travail ultérieurs puisque seulement le tiers (environ 38%) de ceux qui ont fait un stage en santé y travaillent effectivement.

Le champ clinique de l'activité des travailleurs sociaux professionnels en milieu de santé varie d'un type de milieu de travail à un autre (centres hospitaliers, hôpitaux psychiatriques, équipes multidisciplinaires en psychiatrie, centres d'accueil). Dans l'ensemble cependant, le mode de travail en milieu de santé ressemble beaucoup à celui qui prévaut ("counseling, référence, follow-up) dans les autres domaines. On peut cependant souligner que l'intervention collective, si importante dans le secteur social, est complétement absente du milieu hospitalier mais commence à apparaître dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les Unités de soins familiaux (USF).

On peut noter enfin en ce qui concerne le corps professoral, la très faible présence numérique de diplômés du troisième cycle: on ne compte en effet que 16 professeurs ayant un doctorat, alors que 19 autres ont entrepris ou terminé une scolarité de doctorat; seulement 6 de ceux-ci cependant portent comme tel sur le service social.

6.12.2 La problématique du Service social en milieu de santé

La réforme actuellement en cours du système de distribution des services va sûrement entraîner la création de nouveaux besoins au niveau des centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres hospitaliers, des centres d'accueil, des Conseils Régionaux de la Santé et des Services Sociaux (CRSSS) et de l'enseignement des techniques de service social au niveau collégial. Mais c'est peut-être surtout au niveau de la mise en pratique des techniques de travail en groupe et des méthodes d'intervention collective au niveau de la prévention que de nouveaux besoins vont surgir.

6,12,2,1 Au plan professionnel

Le Code des professions essaie toutefois de définir le champ d'activité propre au service social. On n'a pas réussi cependant encore à ce niveau à établir une distinction claire entre les rôles dévolus aux travailleurs sociaux professionnels et ceux attribués aux techniciens en service social (ou conseillers sociaux). Ces derniers étaient au nombre de 796 à la fin de 1973 mais leur nombre est appelé à s'accroître avec la sortie progressive des diplômés du niveau collégial. Il faut souligner que 12,8% des conseillers sociaux sont actuellement actifs en milieu de santé.

L'arrivée plus abondante des conseillers sociaux sur le marché du travail semble créer, de concert avec les transformations structurelles, une insécurité assez grande auprès des diplômés universitaires. Il apparaît cependant inévitable, pour des raisons d'efficacité et de rationalisation des services, que les conseillers sociaux soient appelés à jouer un rôle de plus en plus important et ce, particulièrement en milieu de santé où ils sont sous-représentés (seulement 12.8% des cliniciens en milieu hospitalier sont des conseillers sociaux).

Compte tenu des ressources actuelles de la clientèle (référence d'autres services) il ne semble pas y avoir de problème de manque de main-d'oeuvre universitaire dans ce secteur. La pratique, cependant, devra d'abord commencer par résoudre l'épineux problème de la différenciation des tâches et donc des niveaux de formation entre les techniciens en assistance sociale ou conseillers sociaux et les travailleurs sociaux professionnels.

6,12,2,2 Au plan de la formation

Cette difficulté de différenciation des tâches entre les deux niveaux de

la profession se répercute sur la formation des travailleurs et conseillers sociaux qui apparaît donc marquée par la dispersion des programmes de formation, leur incohérence, le chevauchement entre niveaux de formation et le manque de coordination.

Pour clarifier cette situation, la Commission Castonguay à proposé une réforme radicale[1] du système actuel où le baccalauréat qui couronnait le premier cycle universitaire serait remené au niveau d'un cours collégial enrichi. Par ailleurs, le diplôme actuel de deuxième cycle serait rabaissé au niveau du premier cycle. Enfin, le deuxième cycle serait conçu comme un champ d'étude multidisciplinaire en développement social auquel serait rattaché un centre multidisciplinaire de développement social qui regrouperait toutes les disciplines intéressées au développement comme cela commence déjà à se faire dans certains centres de formation américains (Brandeis, UCLA, Harvard, Chicago). De plus, de tels centres devraient se charger de la formation des cadres et des enseignants du niveau collégial. Une telle réforme ne fait évidemment pas l'unanimité des travailleurs sociaux puisqu'elle heurte leur statut actuel. En l'absence cependant de contre-propositions articulées qui définiraient les niveaux d'actions respectifs, les propositions de la commission méritaient d'être étudiées sérieusement puisqu'elles avaient et ont encore le mérite de présenter une vision logique et structurée de ce que devrait être la formation universitaire en service social.

Sans pouvoir apprécier l'ampleur des changements que l'organisation des CSS va introduire dans la distribution des tâches en milieu de santé entre

---

(1) Rapport de la Commission Castonguay-Nepveu, vol. VI, Tome II, chapitre VI, première partie. La formation aux Services Sociaux. pp 352 à 374.

les travailleurs sociaux et les conseillers sociaux, il est difficile de voir quel rôle nouveau les travailleurs sociaux pourront jouer en milieu de santé communautaire. Il faut se rappeler que plus de 80% des travailleurs sociaux du milieu de santé sont en milieu psychiatrique tandis que 18% des conseillers sociaux sont dans les hôpitaux généraux.

On peut souligner surtout à ce propos, la nécessité de développer et de mieux structurer l'option-santé à l'intérieur de la formation en service social (y compris les stages) afin de maximiser l'apport des travailleurs et des conseillers sociaux en santé et l'importance de favoriser le développement mieux structuré de la recherche dans ce secteur dans un contexte multidisciplinaire (avec les autres sciences de la santé) réel et adapté.

6.12.3 Eléments de solution

Il est difficile de présumer actuellement de l'évolution de la formation en service social; en effet, les recommandations de la commission Castonguay-Nepveu se heurtent encore après cinq ans à une résistance certaine dans un champ de travail déjà fortement structuré et où il est difficile d'initier les réformes préconisées. Il y a lieu cependant de formuler deux hypothèses quant au développement de la formation en service social.

6.12.3.1 Le maintien de la situation actuelle

En fonction de cette approche, il est impliqué que le développement de la formation est réalisé plus en fonction des considérations professionnelles que des préoccupations universitaires. Le maintien d'une profession à deux niveaux concurrents de pratique professionnelle et de formation ne laisse que peu de place à des réformes.

6.12.3.2 La définition d'une approche progressiste

Cette conception implique un réaménagement dans la formation des travailleurs et des conseillers sociaux comme celui préconisé par la Commission Castonguay-Nepveu. Une meilleure répartition des tâches entre les professionnels du travail social, permettra aux travailleurs sociaux professionnels d'utiliser leur crédibilité actuelle dans les établissements de santé afin de faire avancer la promotion de la santé. Enfin, la création de centres de recherche multidisciplinaire en développement social comportant une orientation vers la santé favoriserait l'insertion des travailleurs sociaux dans le domaine des sciences de la santé.

6.12.4 Recommandations

Considérant que les travailleurs sociaux doivent assumer des rôles de suppléance dans le domaine de la santé, il est recommandé:

6.12.4.1 que les universités prennent les moyens nécessaires pour développer davantage la dimension santé en services social et affectent les ressources nécessaires à la formation du travailleur social en milieu de santé afin de:

- *planifier les programmes d'enseignement de service social relatifs à la santé;*
- *coordonner les stages en milieu de santé;*
- *favoriser le développement de la recherche;*
- *servir de lien avec les autres disciplines de la santé;*
- *favoriser et développer de nouveaux types de stages de service social en milieu de santé;*
- *répondre aux demandes de la santé concernant les problèmes sociaux;*

6.12.4.2 que les universités et les Centres de services sociaux (CSS) collaborent afin de trouver des formules pour désigner et rémunérer les moniteurs de stages en milieu de santé afin d'assurer l'encadrement, le tutorat et l'évaluation des étudiants (à l'intérieur des contrats d'affiliation).

Advenant la création de centres de formation multidisciplinaire en développement social, tels que proposés par la Commission Castonguay-Nepveu, il est recommandé:

6.12.4.3 que ces centres portent une attention spéciale au service social en santé, au développement de la recherche en ce domaine et à l'étude des méthodes d'organisation communautaire de prévention.

En relation avec le maintien de la compétence et compte tenu de la position de l'OSS en cette matière (chapitre 5, section 5.9.4.1), il est recommandé:

6.12.4.4 que l'université, en collaboration avec les Centres de services sociaux (CSS) et les départements de santé communautaire des centres hospitaliers, mettent en oeuvre les moyens de développer la recherche sociale en milieu de santé sur des aspects tels que l'évaluation des services, l'analyse des modes de fonctionnement et la motivation des professionnels.

Il est également recommandé:

6.12.4.5 que l'université mette sur pied, en collaboration étroite avec la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux, les programmes de maintien de la compétence et de perfectionnement des travailleurs sociaux actifs en milieu de santé.

6.13 LA PSYCHOTHERAPIE

6.13.0 Introduction

Il est difficile d'établir les faits relativement à la psychothérapie au Québec en raison de l'ambiguité même de l'usage du terme "psychothérapie" et de la multiplicité des professions qui s'adonnent totalement ou patiellement à la psychothérapie. En effet la signification de ce terme et de ses applications varient selon les écoles de pensée existantes bien qu'on ait surtout tendance à la définir par rapport à la theorie psychanalytique.

6.13.1 Etat de la question

Il existe sept catégories de professionnels qui s'intéressent de très près à la psychothérapie au Québec et ce sont les médecins généralistes, les psychiatres, les psychologues cliniciens, les conseillers en orientation, les travailleurs sociaux, les infirmiers et infirmières et enfin les psychothérapeutes. Il devient donc très difficile d'une part de déterminer le nombre de profesionnels qui exercent la psychothérapie; d'autre part il est encore plus difficile de définir les besoins auxquels ils répondent et quels types de services ils rendent.

Présentement, au Québec, aucune université n'offre de programme spécifique de formation en psychothérapie professionnelle; de plus, aucune d'entre elles ne reconnaît la formation en psychothérapie d'inspiration psychanalytique (PIP)

dispensée dans certaines institutions privées. Certains hôpitaux, comme l'Hôpital Général Juif et Ste-Justine, offrent des programmes en thérapie familiale et en psychothérapie d'enfants. Dans ces programmes d'une durée de 3 ou 4 ans, sont admis des psychiatres, des infirmiers et infirmières psychiatriques, des psychologues, des psycho-éducateurs et des travailleurs sociaux.

L'Institut Canadien de Psychanalyse offre un programme de 4 ans et auquel sont admis surtout des médecins et des psychologues. Au Centre d'Orientation et de Réadaptation de Montréal, la durée de la formation est de 3 années alors qu'elle est de 4 ans à l'Institut de Psychothérapie du Québec.

Il n'existe pas de corporation professionnelle spécifique pour les psychothérapeutes et ceux-ci se retrouvent alors dans leurs corporations respectives à titre de médecins, psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers et infirmières.

6.13,2 La problématique de la psychothérapie

La définition de la psychothérapie et son champ d'exercice constitue un problème de taille lorsqu'on aborde ce domaine: en effet, il est difficile de faire la part des choses entre la psychothérapie d'inspiration psychanalytique (PIP) i.e. freudienne, l'approche behaviorale, le gestaltisme, le rogérisme, etc. et les quelques 20 autres techniques de thérapie psychologique.

Il semble que les besoins en services psychothérapeutiques soient très grands mais ces derniers n'ont pas encore été définis ni mesurés et évalués. D'autre part, il faut également distinguer entre l'approche individuelle et l'approche collective en santé mentale. Des tendances récentes dans ce domaine tentent de considérer la santé mentale collective comme une priorité d'application

des diverses techniques psychothérapeutiques. Et les programmes actuels au Québec ne débouchent encore que sur la psychothérapie individuelle.

La multiplicité des professionnels actuellement impliqués, à quelque niveau que ce soit, en psychothérapie, constitue un autre élément de la problématique de cette profession. D'autre part, à l'heure actuelle la formation et l'exercice de la psychothérapie sont réalisés en dehors du milieu universitaire et pratiquement hors du réseau de distribution de soins de santé.

6.13.3 Les hypothèses de développement

Relativement à la formation en psychothérapie au Québec il y aurait lieu d'envisager les hypothèses suivantes, à savoir, le statu quo et une formation universitaire complémentaire.

6.13.3.1 Le statu quo

Cette hypothèse est basée sur l'idée que la psychothérapie n'est qu'une technique parmi d'autres et que les besoins de la population en cette matière sont comblés par les professionnels en place. Il n'est donc pas nécessaire d'envisager la création d'une nouvelle catégorie de travailleurs ni l'élaboration d'un programme spécifique de formation en psychothérapie.

6.13.3.2 Une formation universitaire complémentaire

Il y aurait lieu par contre d'envisager la possibilité de mettre sur pied une formation interdisciplinaire de deuxième cycle en psychothérapie et qui serait offerte aux médecins, psychologues, travailleurs sociaux, conseillers d'orientation et aux infirmières universitaires.

6.13.4 Recommandation

Compte tenu des besoins importants en psychothérapie, il est recommandé:

6.13.4.1 que soit envisagée la possibilité d'implanter un programme de formation interdisciplinaire en psychothérapie au niveau du deuxième cycle universitaire sous une direction interdépartementale et à laquelle formation auraient accès des médecins, des psychologues, des travailleurs sociaux, des conseillers en orientation et des infirmières universitaires.

6.14 L'AUDIOLOGIE ET L'ORTHOPHONIE

6.14.0 Introduction

L'audiologie et l'orthophonie s'intéressent à l'étude, à l'évaluation et la rééducation des troubles de la communication verbale. Elles analysent la fonction, la nature des processus de communication verbale, ainsi que les niveaux de communication afin d'appliquer les thérapies appropriées avec la collaboration de connaissances tirées de la linguistique, de la phonétique, de la psychologie, de la physiologie, de la psycho-acoustique, de la neurologie et de l'oto-rhino-laryngologie.

6.14.1 L'état actuel

Une seule corporation de 150 membres réunit les professionnels de l'audiologie et de l'orthophonie et, comme 80% d'entre eux pratiquent à Montréal et à Québec, les régions du Bas St-Laurent, de l'Outaouais, du Nord-Ouest, de la Côte-Nord et du Nouveau-Québec sont nettement défavorisées. Le quotient professionnel/population de 1/40 000 est nettement déficitaire en comparaison avec d'autres provinces du Canada. La majorité de ces spécialistes travaille en milieu hospitalier, en collaboration avec les médecins et surtout les otorhinolaryngologistes.

Deux programmes de formation existent au Québec, soit ceux offerts par les universités de Montréal et McGill. Le programme de l'Université de Montréal

accepte des candidats avec un DEC, profil sciences de la santé, pour des études combinées d'audiologie-orthophonie à l'intérieur d'un baccalauréat de trois ans et une maîtrise (MSc) après une autre année; tous les étudiants inscrits à ce programme sont du Québec et 95% sont de langue française. Le programme de McGill accepte des candidats détenteurs d'un baccalauréat comportant des cours de psychologie. Il propose deux voies séparées, une en audiologie et une en orthophonie; chacune de ces voies peut conduire soit à un programme de maîtrise professionnelle ou de recherche (MSc) de deux ans, soit à un programme de doctorat (PhD) de trois ans. Près de 80% des étudiants sont du Québec et 83% de langue anglaise. Le tableau 1 résume les données significatives sur les étudiants inscrits à ces programmes.

TABLEAU 1

ETUDIANTS ET DIPLOMES DES PROGRAMMES D'AUDIOLOGIE ET D'ORTHOPHONIE

	Montréal	McGill	Total
Etudiants, 1ère année	30	11	41
Diplômés, année 1973	18	15	33
Etudiants, total	101	36	137
Requis d'admission	DEC	BSc	
Grade accordé	Baccalauréat en 3 ans Maîtrise en 1 an	Maîtrise en 2 ans Doctorat en 3 ans	

Les ressources professorales à Montréal sont de cinq professeurs à temps complet, un professeur à demi-temps (tous porteurs d'une maîtrise) et quatre chargés de cours pour un quotient professeur/étudiant de 1/20. A McGill, il y a aussi cinq professeurs à temps complet, un demi-temps (tous porteurs d'un PhD) et un professeur demi-temps avec maîtrise, et douze moniteurs pour un quotient professeur/étudiant de 1/6.

Les stages cliniques, partie importante du programme, sont effectués dans les centres hospitaliers, affiliés ou non, et représentent une contrainte réelle vis à vis l'augmentation future des étudiants.

Une enquête auprès des milieux hospitaliers du Québec ainsi que des projections de la Corporation professionnelle ont permis d'établir que les besoins en termes de professionnels s'établissent aux environs de 300 nouveaux professionnels au minimum pour atteindre de un professionnel pour 17 000 de population. Selon les prévisions démographiques, ce nombre serait atteint en 1981 si on maintient une moyenne de 40 diplômés par année et si la population du Québec cette année-là a atteint 6 500 000 personnes.

6.14.2 La problématique de l'audiologie et de l'orthophonie

Actuellement, la profession comporte une compétence et en audiologie et en orthophonie, mais deux voies distinctes se dessinent dans la formation et dans la pratique de cette profession. D'une part, l'audiologie est surtout intéressé par la détection des déficits auditifs et les problèmes du bruit, tandis que pour sa part, l'orthophoniste concentre son activité sur les troubles de la parole et la rééducation du langage. L'audiologie comprend plus d'aspects techniques, alors que par contre, l'orthophonie requiert des éléments de linguistique, de phonétique et de psychologie. Déjà à l'Universi-

té McGill, les programmes sont séparés et les dirigeants du programme de l'Université de Montréal projettent d'abandonner le programme du baccalauréat conjointpour proposer des programmes de maîtrise dans chacune des voies et accessibles après l'obtention d'un baccalauréat orienté. La durée des études post-collégiales pour accéder à cette profession serait alors de trois ans pour un baccalauréat et deux ans pour une maîtrise professionnelle soit un total de cinq ans alors que jusqu'ici la durée des études universitaires était de cinq ans à McGill et quatre ans à Montréal.

Un groupe d'étude, constitué à la demande du ministère des Affaires sociales a proposé l'établissement d'un programme de techniques en orthophonie-audiologie. La Corporation professionnelle des audiologistes-orthophonistes et certains professionnels[1] sont en faveur d'un programme de techniques audiologiques aux conditions expresses de participer à la préparation du programme et d'exiger que le travail de tout technicien soit supervisé par un membre dela corporation professionnelle.

Les besoins projetés augmentent considérablement si l'on considère des champs de travail jusqu'ici négligés comme le milieu scolaire (troubles du langage), le milieu industriel (pollution par le bruit, rééducation), les traitements à domicile et la réadaptation des sourds.

Pour obtenir, selon la Corporation, les quotients professionnels/population optimaux, recommandés, le système québécois d'enseignement supérieur devrait former 460 audiologistes et 430 orthophonistes; cependant, ces nombres devraient être revisés advenant la formation de techniciens en orthophonie-audiologie.

---

(1) Dossier OSS no 9 - Réadaptation - sous-comité audiologie-orthophonie.

Mais avant de songer à augmenter le nombres d'étudiants, il est urgent d'assurer la qualité des stages cliniques en augmentant le nombre et la disponibilité de moniteurs et de prévoir un système de rémunération appropriée pour ces professeurs - cliniciens. La possibilité d'augmenter la clientèle étudiante suivra logiquement l'adoption de mesures en ce sens.

6.14.3 Les hypothèses de développement

La profession touche deux champs assez distincts pour que la formation suive deux voies séparées et cette séparation devrait se prolonger surtout dans des stages cliniques mieux définis et mieux supervisés.

6.14.3.1 Une définition légale de l'accès à la profession

Selon cette hypothèse, l'accès à la profession (limitée aux détenteurs d'un diplôme de maîtrise) sera définie par l'Office des professions qui se prépare actuellement à définir lesquels programmes et diplômes seront exigés désormais. Il est possible que des études de baccalauréat appuyées sur des stages cliniques bien construits puissent ouvrir les portes de la profession.

6.14.3.2 L'instauration d'un programme de niveau collégial en audiologie

Dans l'hypothèse ou un programme de techniques audiologiques débute au niveau collégial, une réflexion sérieuse s'impose sur le programme actuel de baccalauréat. Le programme de baccalauréat en audiologie devrait alors être abandonné ou être adapté pour devenir une mineure dans le programme de baccalauréat en orthophonie.

6.14.3.3 Le baccalauréat en orthophonie avec majeure en audiologie

Le programme d'orthophonie est modifié pour devenir un programme de baccalauréat avec majeure. Les études de maîtrise seraient réservées à une minorité, surtout en recherche.

6.14.4 Recommandations

Dans l'optique d'une séparation en deux orientations distinctes, audiologie d'un côté et orthophonie de l'autre, il est recommandé:

6.14.4.1 que le programme actuel de baccalauréat commun en audiologie-orthophonie soit aboli et qu'il soit remplacé par deux programmes distincts soit un baccalauréat en audiologie et un baccalauréat en orthophonie;

6.14.4.2 que l'Office des professions et la Corporation professionnelle des audiologistes-orthophonistes s'entendent pour que le diplôme permettant l'accès à la profession soit le baccalauréat (6.14.4.8);

6.14.4.3 que les stages cliniques soient mieux structurés et que l'engagement conjoint des moniteurs soit défini dans le contrat d'affiliation entre l'université et l'établissement de santé;

6.14.4.4 qu'un programme de techniques audiométriques soit préparé au niveau collégial, en collaboration avec la Corporation professionnelle des audiologistes-orthophonistes et les directeurs de programmes universitaires.

Au plan des études avancées et des ressources professorales, il est recommandé:

6.14.4.5 que les programmes actuels de maîtrise soient spécialisés en deux disciplines distinctes, audiologie et orthophonie, et que ceux-ci soient réorientés vers la recherche et n'accueillent qu'un nombre restreint de candidats;

6.14.4.6 que les détenteurs d'un baccalauréat en audiologie ou en orthophonie puissent avoir accès à un programme de maîtrise en sciences de la santé;

6.14.4.7 que des mesures soient prises pour favoriser le perfectionnement du corps professoral là où cela s'avère nécessaire.

Eu égard aux besoins en orthophonistes et à la répartition territoriale des orthophonistes, il est recommandé:

6.14.4.8 qu'un grand nombre d'étudiants soient encouragés à se diriger vers l'orthophonie, que les ressources professorales soient augmentées pour améliorer la qualité de l'enseignement et que des mesures soient prises pour améliorer la répartition régionale des orthophonistes.

6.15 LA PHYSIOTHERAPIE

6.15.0 Introduction

La physiothérapie a pour objet la prévention, l'évaluation et le traitement des maladies et des blessures justifiant l'intervention de moyens physiques. Cette profession de la santé contribue à la préservation de la capacité fonctionnelle ainsi qu'à la restauration d'une fonction en vue de permettre à l'individu d'atteindre un niveau optimal de performance. Elle est basée sur l'utilisation rationnelle des propriétés thérapeutiques de l'exercice, de la chaleur, du froid, de l'eau, de l'électricité, du bruit, des massages, autant que d'appareils d'orthèses et de prothèses de toutes natures.

6.15.1 L'état actuel de la physiothérapie

Les physiothérapeutes membres de la Corporation professionnelle, étaient en mai 1976, au nombre de 1040 dont près de 78% pratiquent activement. De l'ensemble de ceux qui pratiquent, près des trois quarts sont employés dans les régions de Montréal et Québec, tandis que le Saguenay, la Gaspésie, la Côte Nord, l'Outaouais et le Nord-Ouest sont des régions défavorisées sur le plan de la répartition des professionnels de la physiothérapie. La majorité des psysiothérapeutes travaille dans des centres hospitaliers, en collaboration avec les médecins et, à plusieurs endroits, avec des physiatres.

Des programmes de baccalauréat en physiothérapie sont offerts dans trois universités au Québec, soit l'Université de Montréal, l'Université McGill et l'Université Laval. En 1973, on pouvait compter 21 professeurs pour diriger l'enseignement à 431 étudiants réguliers et auxquels il faut ajouter 50 diplômés inscrits à un programme de recyclage en vue du baccalauréat à l'Université de Montréal.

Pour 1973-74	Université de Montréal	Université McGill	Université Laval	Total
Etudiants admis en 1ère année	50	68	26	144
Etudiants diplômés en 1973	43	21	7	71
Etudiants totaux	127	234	70	431
Diplômés inscrits au recyclage	50	-	-	-

Le corps professoral des écoles de physiothérapie groupe 21 professeurs répartis comme suit:

Professeurs	Université de Montréal	Université McGill	Université Laval	Total
avec BSc	8	7	4	19
avec MSc	0	1	1	2
				21

Il faut compter, en plus des cours de service fournis par les facultés de Médecine, les nombreux moniteurs cliniques qui supervisent la formation pratique presqu'individuelle des étudiants.

Le Code des professions accorde aux physiothérapeutes un titre réservé possiblement à cause d'un partage de tâche mal délimité avec les techniciens en réadaptation et les infirmiers et infirmières.

Le champ de la physiothérapie couvre la réadaptation par des moyens physiques de patients ayant présenté une paralysie d'un ou des membres, des arthritiques et de tout malade atteint d'une perte de fonction musculo-squelettique comme les infirmes et handicapés de toute sorte.

6.15.2 La problématique de la physiothérapie

Les besoins en physiothérapeutes seraient très grands si l'on désirait rattraper la norme canadienne et etendre à toute la province l'accessibilité aux soins de réadaptation. Le ministère des Affaires sociales a déjà indiqué son intention d'employer des techniciens en réadaptation de formation collégiale. Jusqu'en 1975, pas moins de 60 étudiants ont obtenu un diplôme collégial en réadaptation et environ 200 autres sont présentement inscrits à cette option dans trois CEGEP. La répartition des tâches et des possibilités fonctionnelles différentes des physiothérapeutes et des techniciens en réadaptation n'est pas encore clarifiée et les jugements sur la valeur de ces techniciens varient selon les personnes consultées.

Pourtant l'encadrement des stages des techniciens en réadaptation par des moniteurs-physiothérapeutes de formation universitaire aurait du être très profitable mais la collaboration efficace a tardé à venir.

La mise en place de programmes de niveau collégial a réactivé un débat sur le niveau de formation de certains professionnels de la santé. L'apparition sur le marché du travail de diplômés collégiaux afin d'augmenter la "force physiothérapeutique" du Québec ne doit pas faire oublier le besoin continu en termes de professeurs, de moniteurs et de professionnels-cadre dans le domaine de l'enseignement de la physiothérapie et des services physiothérapeutiques. Il est peu probable que des techniciens puissent prendre charge d'unités dans les milieux périphériques et devenir des collaborateurs immédiats des médecins. Il est plus probable de les voir s'intégrer à une équipe dirigée par des physiatres et des physiothérapeutes d'expérience. La possibilité de mobilité verticale pour les techniciens serait basée sur l'obtention d'un baccalauréat ou d'un certificat universitaire en physiothérapie. Enfin l'extension du rôle par la mise en marche de nouveaux champs de travail et la recherche sont des tâches souvent réservées aux diplômés universitaires.

Il y a donc une impossibilité relative de déterminer les besoins réels en physiothérapeutes de formation universitaire tant que la répartition des tâches ne sera pas plus nette. Les plans et priorités du ministère des Affaires sociales quant à l'ouverture de services physiothérapeutiques dans les établissements du réseau (hôpitaux et centres locaux de services communautaires (CLSC)) ou dans les services de soins à domicile n'ont pas été établis. Aucune préduction de poste à combler n'est possible pour le secteur industriel ou sportif (clubs, associations, équipes professionnelles) pas plus que pour les établissements d'accueil, de garde et d'hébergement. L'amplitude des besoins dépendra en partie de l'ouverture de postes dans le réseau de soins (centres hospitaliers et autres) et de l'extension de la couverture de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) aux soins physiothérapeutiques par les physiothérapeutes accompagnée d'un accroissement du nombre de cliniques privées de physiothérapie.

L'accent récent porté sur la prévention de la maladie et promotion de la santé ne devrait pas faire oublier les avantages de la réadaptation fonctionnelle, soit pour augmenter la productivité de la population active, soit pour réduire le coût des soins pour les handicapés chroniques et les gens âgés. La répartition d'une bonne proportion des physiothérapeutes, dans les centres hospitaliers pour soins aigus, n'est pas idéale si l'on considère le coût de l'hospitalisation prolongée. Une meilleure accessibilité des soins physiothérapeutiques dans les maisons de convalescence, dans les services de soins à domicile et les unités pour malades ambulants serait plus logique, mais aucune politique n'a été annoncée en ce sens par le ministère des Affaires sociales.

Le besoin des professeurs qualifiés et de chercheurs en physiothérapie a incité les directeurs de programme à proposer l'établissement de programmes de maîtrise. L'Université McGill a présenté une demande officielle devant le Conseil des Universités en 1973 et un rapport récent (1) suggère aux autorités de l'Université Laval de mettre sur pied un programme de maîtrise. Il est difficile de nier la nécessité de la formation avancée pour les professeurs à l'université ou au CEGEP; cependant le cadre d'une maîtrise en sciences de la santé, plutôt qu'une maîtrise en physiothérapie, apparaît plus indiqué pour poursuivre des études en neuro-physiologie, en kinésiologie, en psycho-pédagogie ou en administration.

Pour une partie des membres de la corporation professionnelle, dont certains diplômés antérieurs aux programmes de baccalauréat, le recyclage en vue de l'obtention d'un baccalauréat constitue un besoin très évident. L'Université de

---

(1) Rapport du Comité pour l'étude des programmes de physiothérapie et d'ergothérapie. La réadaptation à l'Université Laval. Université Laval, septembre 1974. Recommandation 3, page 82.

Montréal, par un tel programme de recyclage, atteint déjà 50 diplômés sur une possibilité de 108, alors que pour sa part, l'Ecole de réadaptation de l'Université Laval proposera bientôt l'implantation d'un programme du même genre.

Un besoin inconnu, mais qui s'annonce important, sera défini par le programme d'enseignement continu que la Corporation des physiothérapeutes choisira d'offrir à tous ses membres. La participation des professeurs universitaires augmentera le fardeau actuel d'enseignement qui est déjà à la limite et de nouvelles ressources devront être mobilisées. Cependant, la corporation professionnelle n'a pas encore fait savoir les grandes lignes d'un tel programme.

D'autres problèmes similaires à ceux d'autres secteurs doivent être mentionnés et la répartition régionale, les stages sous contrôle universitaire avant le diplôme et l'initiation au travail en équipe en sont quelques-uns. Les solutions générales apportées à ces problèmes ne devraient toutefois s'appliquer qu'aux physiothérapeutes.

6.15.3 Les hypothèses et options de développement

6.15.3.1 Le maintien d'une formation à deux niveaux

La première hypothèse est basée sur le maintien du niveau universitaire de formation des physiothérapeutes pour des tâches et des responsabilités différentes de celles des techniciens en réadaptation. La direction de services physiothérapeutiques, l'enseignement et le monitorat pour les étudiants en techniques de réadaptation ainsi que les soins physiothérapeutiques, en dehors du milieu hospitalier et médical, sont des tâches où l'autonomie et la formation universitaire seraient garantes de la qualité des services rendus à la population.

L'augmentation de la masse des professionnels dans le domaine de la physiothérapie par l'arrivée sur le marché des techniciens en réadaptation (600 diplômés en 1972 et 1980), permettra une diversification et une meilleure répartition géographique des soins physiothérapeutiques. La direction de ces services, surtout en dehors des hôpitaux de Montréal et de Québec, devra être assumée par des professionnels compétents, responsables et capables de collaborer directement avec les autres professionnels de la santé.

L'enseignement continu, la mobilité verticale des techniciens, l'extension du champ de pratique, la recherche et l'innovation constituent autant de raisons de maintenir le niveau universitaire qui fonctionne déjà très bien, et qui a su créer une qualité de soins aussi bonne qu'ailleurs au Canada où 9 programmes de formation sur 11 se retrouvent à l'université au niveau du baccalauréat.

6.15.3.2 La formation de niveau collégial

La seconde hypothèse définit le niveau collégial comme le niveau professionnel adéquat en physiothérapie. Cette approche a déjà été proposée par le ministère des Affaires sociales pour la formation de la majorité de la main-d'oeuvre dans ce domaine, alors que le niveau universitaire serait réservé pour le perfectionnement des futurs professeurs et des cadres. Au rythme actuel des inscriptions, on pourrait compter, en 1980, environ 1 700 physiothérapeutes et 700 techniciens en réadaptation.

6.15.3.3 L'équilibre entre les diplômés collégiaux et universitaires

La troisième hypothèse considère que les étudiants actuellement inscrits, et les prévisions des inscrits 1975-80 dans les programmes universitaires de physiothérapie, vont accroître les rangs professionnels de 400 bacheliers francophones et

de 300 à 400 bacheliers anglophones. Ces nombres semblent suffisants pour rencontrer les besoins des réseaux de soins et d'enseignement, pour accélérer la dispersion des professionnels sur le territoire et pour encadrer les quelques 600 techniciens diplômés des CEGEP durant la même période.

6.15.3.4 Une formation exclusivement universitaire

Cette hypothèse suggère d'augmenter les inscriptions, dans les programmes universitaires, pour combler tous les besoins régionaux en favorisant le recrutement dans les régions périphériques et l'attribution de bourses-contrat pour inciter les diplômés à retourner dans telle région. Il n'y aurait donc pas de nécessité de continuer le programme des techniques de réadaptation dans les CEGEP.

Cette quatrième hypothèse pose un lien entre la qualité de la formation universitaire et la disponibilité de moniteurs de stages cliniques. Les contrats d'affiliation entre l'université et les établissements du réseau devraient prévoir des formes d'engagement conjoint pour les moniteurs cliniques avec rémunération mixte pour marquer le partage des fonctions de services et d'enseignement.

6.15.4 Recommandations

Relativement aux programmes actuels de formation en physiothérapie, il est recommandé:

6.15.4.1 que les trois programmes de baccalauréat en physiothérapie soient maintenus mais qu'ils puissent aussi préparer les physiothérapeutes à des responsabilités telles que le monitorat, l'enseignement et la direction d'équipes.

Compte tenu des besoins des régions du Québec, il est recommandé:

6.15.4.2 que les admissions en première année du baccalauréat en physiothérapie soient augmentées de 20% à Laval et à Montréal et maintenues au nombre actuel à McGill.

Pour favoriser la formation des enseignants en physiothérapie, il est recommandé:

6.15.4.3 que les enseignants en physiothérapie se prévalent du programme de maîtrise en sciences de la santé.

Pour permettre une certaine mobilité verticale dans le champ de la réadaptation, il est recommandé:

6.15.4.4 que les universités accueillent au premier cycle des diplômés des programmes de techniques de réadaptation du niveau collégial.

Concernant les stages, il est recommandé:

6.15.4.5 que les stages pratiques soient intégrés à la formation universitaire en remplacement de l'internat de trois mois et que les moniteurs soient engagés conjointement par l'université et l'établissement de santé dans le cadre du contrat d'affiliation.

6.16 L'ERGOTHERAPIE

6.16.0 Introduction

L'ergothérapie a pour objet le traitement d'une personne en vue d'améliorer son indépendance fonctionnelle sur les plans physique, psychologique, professionnel et social, principalement par l'utilisation d'activités physiques et psycho-dynamiques impliquant des relations thérapeutiques et la conception d'adaptations fonctionnelles.

6.16.1 L'état actuel de l'ergothérapie

Les ergothérapeutes, membres de la corporation professionnelle sont au nombre de 307: près de 63.8% d'entre eux se retrouvent dans le secteur santé, 5.2% dans l'enseignement et 20.8% dans le secteur de l'enfance exceptionnelle. Plus de 90% des ergothérapeutes pratiquent à Montréal et Québec, alors que le Saguenay - Lac St-Jean, la Côte-Nord, la Gaspésie, l'Outaouais et le Nord-Ouest sont des régions défavorisées dans ce secteur. Plusieurs ergothérapeutes travaillent à l'intérieur d'équipes psychiatriques, tandis que d'autres oeuvrent dans le secteur de réadaptation, au voisinage des physiothérapeutes dans les centres hospitaliers et en pediatrie.

Les besoins du Québec en ergothérapeutes sont importants: déjà en 1972, on évaluait à 600 le nombre de professionnels nécessaires pour atteindre

TABLEAU 1

NOUVEAUX BACHELIERS PREVUS

1- Selon Robertson*

	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Montréal	15	23	21	30	35	40	45	45
McGill	1	41	13	30	30	30	30	30
Laval	3	7	17	15	24	30	30	30
TOTAL	19	71	51	75	89	100	105	105
Ergothérapeutes en pratique		280	303	348	402	462	521	574

2- Selon le dossier OSS - Réadaptation **

Total des nouveaux bacheliers	232	64	75	100	120	120	120	120
Ergothérapeutes en pratique	232	274	322	390	471	544	610	669

* Robertson, Houwing, Michaud , Les diplômés en sciences de la santé des établissements d'enseignement du Canada, Association des Universités et Collèges du Canada (AUCC), Ottawa, 1973, Tableaux 10.3.1 à 10.3.3, p.p. 135 à 137.

** Dossier OSS, no 9 - Réadaptation, volume II, Québec, fevrier 1974, p. 34.

des normes de 1: 100 malades dans les hôpitaux psychiatriques et de 1: 108 malades dans les hôpitaux généraux. Avec une attrition de 10% des professionnels en pratique et des cohortes de diplômés de 64 à 120 par année, le nombre de 600 serait atteint en 1979, selon le dossier (1) ou en 1984, selon les prévisions du rapport Robertson, (2) tel que l'indique le tableau 1.

Des programmes de baccalauréat en ergothérapie sont offerts dans trois universités au Québec, soit à l'Université de Montréal, à l'Université McGill et à l'Université Laval. Ces programmes regroupent 199 étudiants à temps complet et 37 étudiants à temps partiel. Les étudiants de sexe féminin forment 96% du groupe et 60% sont francophones. Le tableau 2 présente les données sur les étudiants et les diplômés en ergothérapie en 1973.

Tel qu'indiqué au tableau 3, le corps professoral se compose de 11 professeurs à temps complet et 6 professeurs à temps partiel répartis dans les trois programmes. Il faut noter que 8 des 17 professeurs sont détenteurs d'un diplôme en ergothérapie acquis avant le début des programmes de baccalauréat.

---

(1) Dossier OSS no 9 - Réadaptation, volume 11, page 31

(2) Robertson, Houwing Michaud. - Les diplômés en sciences de la santé des établissements d'enseignement du Canada. Association des Universités et Collèges du Canada - Ottawa, 1973, Tableaux 10.3.1 à 10.3.3, p.p. 135 à 137.

TABLEAU 2

ETUDIANTS ET DIPLOMES EN ERGOTHERAPIE, ANNEE 1973

	Université de Montréal	Université McGill	Université Laval
Etudiants admis en première année	31	2	15
Etudiants inscrits	84	76	39
Etudiants demi-temps	31	6	
Diplômés, bacc.	15	3	7

TABLEAU 3

RESSOURCES PROFESSORALES

Professeurs	Université de Montréal	Université McGill	Université Laval	Total
- à temps plein	3	4	4	11
- à demi-temps	4	1	1	6
- avec baccalauréat ès sciences	7	0	1	8
- avec baccalauréat ès arts	1	1	1	3
- avec diplôme en ergothérapie	1	4	3	8

6.16.2 La problématique de l'ergothérapie

L'ergothérapeute désireux d'améliorer l'autonomie fonctionnelle des patients qui lui sont confiés doit pouvoir choisir les activités les plus adaptées à chaque situation en tenant compte des aspects sensori-moteurs, perceptifs, cognitifs, psychologiques et socio-culturels du problème. Son travail consiste en une approche globale à la réadaptation comportant des tâches d'analyse, de synthèse et d'évaluation de même qu'une activité d'organisation et de caractérisation qui le placent au plus haut niveau d'une grille d'évaluation des tâches établie par Bloom.(1) Pour plusieurs, l'autonomie des ergothérapeutes, leur isolement relatif, dû au fait qu'ils ne peuvent avoir recours à un médecin spécialisé dans ce domaine, et leur appartenance effective à l'équipe de soins surtout en milieu psychiatrique, en font des professionnels authentiques et responsables de leur secteur, assez éloignés de l'image de "bricoleurs" ou craft-workers" qu'on a voulu leur accoler.

Par ailleurs, en prévision de l'extension des services ergothérapeutiques aux centres d'accueil, aux centres de jour de psychiatrie communautaire, aux écoles spécialisées de l'enfance exceptionnelle, aux ateliers protégés, aux centres de détention et même aux soins à domicile, il sera donc nécessaire d'augmenter la main-d'oeuvre ergothérapeutique. Un projet de programme en techniques ergothérapeutiques au niveau collégial est présentement à l'étape de l'élaboration.

---

(1) Cité dans le rapport "Réadaptation à l'Université Laval" septembre 1974, page 60.

On ne trouve pas de membre du corps professoral qui soit détenteur d'une maîtrise, bien que trois professeurs de l'Université de Montréal soient actuellement en congé d'étude pour obtenir un MSc. Il serait important de permettre à un plus grand nombre de professeurs de parfaire leur formation avancée.

Une évidente maldistribution des ergothérapeutes pose la question de l'accessibilité aux soins spécialisés, mais il est peu de chose que les directeurs de programme puissent faire pour améliorer cette situation. La possibilité de stages partiels en milieux périphériques pourrait favoriser une migration hors des grands centres, mais il faudrait d'abord créer des conditions de stages acceptables pour les moniteurs et les étudiants. Des bourses régionales, des primes dites d'éloignement et un contingentement régional des admissions pourraient être des moyens partiellement efficaces, mais ce sont là des mesures en dehors du champ d'action habituel de l'université.

Comme dans d'autres secteurs où la formation pratique est capitale, le secteur ergothérapie rencontre des difficultés dans le recrutement de moniteurs de stages. Ainsi, la collaboration étroite des autorités des établissements de santé, les contrats d'affiliation et l'engagement conjoint des moniteurs sont des moyens existants pour atteindre cet objectif et chaque directeur de programme devrait pouvoir les utiliser.

6.16.3 Les hypothèses de développement

Devant l'impossibilité de concilier les besoins théoriques en termes d'ergothérapeutes (400 thérapeutes additionnels selon la corporation professionnelle) et les besoins réels (nombre de postes à pourvoir d'ici 1979) qui nous sont inconnus, il devient très difficile de proposer un plan de développement rigoureux.

6,16,3,1 Le maintien des nombres actuels

La première hypothèse est de maintenir les programmes universitaires aux nombres actuels pour produire environ 75 diplômés chaque année afin de remplir les postes disponibles dans le réseau hospitalier. Le nombre de 600 ergothérapeutes serait atteint vers 1984 si l'on compte une attrition annuelle de 10%.

6,16,3,2 Légère augmentation des admissions

La seconde hypothèse est d'augmenter légèrement les admissions aux programmes universitaires pour atteindre 120 diplômés par année à partir de 1977. Le chiffre de 600 praticiens serait alors atteint en 1979 et permettrait une certaine extension des services ergothérapeutiques aux centres d'accueil.

6,16,3,3 Equilibre entre les programmes collégial et universitaire

La troisième hypothèse est d'augmenter quelque peu les admissions aux programmes universitaires pour viser à former 100 diplômés par année, afin d'éviter les écueils du programme collégial de physiothérapie (techniques de réadaptation), de préparer dès maintenant les ergothérapeutes à l'enseignement, au monitorat et à la direction d'équipes et de mettre en place un programme de technique ergothérapeutique au CEGEP. Le nombre de programme et le nombre d'étudiants inscrits dépendraient alors directement d'une analyse de besoins pour l'extension des services thérapeutiques dans les milieux carceraux, de l'enfance inadaptée et des centres de garde pour les personnes agées et pour les enfants.

Une attention particulière aux candidatures d'étudiants venant de régions défavorisées sur le plan ergothérapeutique pourrait contribuer à améliorer la répartition des futurs ergothérapeutes sur le territoire québécois. De plus, la répartition géographique dans l'Est du Québec serait améliorée par une augmentation des étudiants inscrits à l'Université Laval. Enfin des bourses-contrats offertes par les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) constituerait un moyen additionnel d'améliorer la répartition territoriale des ergothérapeutes.

6.16.4 Recommandations

Après examen du dossier et consultation, il est recommandé:

6.16.4.1 que les programmes au niveau universitaire d'ergothérapie soient maintenus et le nombre de diplômés soit porté pour l'ensemble, de 75 à 100 par année ;

6.16.4.2 qu'un programme de techniques ergothérapeutiques soit envisagé au niveau du CEGEP après une étude des besoins par le ministère des Affaires sociales avec la collaboration de la Corporation professionnelle des ergothérapeutes et les directeurs de programme universitaire.

Relativement à la formation des professeurs et aux stages, il est recommandé:

6.16.4.3 que les universités favorisent le perfectionnement des professeurs en ergothérapie soit dans le cadre de la maîtrise en sciences de la santé soit par des études dans des centres canadiens ou étrangers (6.16.4.3);

6.16.4.4 que les stages pratiques soient améliorés et des moniteurs engagés conjointement par l'université et l'établissement de santé dans le cadre du contrat d'affiliation.

6.17 L'INHALOTHERAPIE

6.17.0 Introduction

L'inhalothérapie consiste en l'application thérapeutique de techniques utilisées dans le maintien ou la réhabilitation des fonctions respiratoires.

6.17.1 L'état actuel de l'inhalothérapie

Il existe actuellement au Québec cinq programmes d'inhalothérapie et d'anesthésie au niveau collégial et aucun programme de niveau universitaire. Ce secteur a été inclus dans les professions de "réadaptation" pour compléter un tableau encore en mouvement. Il est bon de se rappeler qu'il existe aux Etats-Unis des programmes de baccalauréat et même un programme de maîtrise (MSc) en inhalothérapie.

Ce dossier ainsi que les recommandations qu'il contenait ont été transmises à la Direction générale de l'enseignement collégial (DIGEC) du ministère de l'Education. De plus, on y a ajouté une réflexion sur l'évolution des techniques de physiologie respiratoire et d'anesthésie pour former un programme orienté vers une discipline plutôt que vers un appareillage.

Toutefois il est important de considérer les points suivants,à savoir:

- la nécessité de faciliter la formation avancée des professeurs en inhalothérapie, soit dans le cadre d'une formation pédagogique universitaire, ou dans le cadre d'études avancées en sciences de la santé;

- la possibilité de mobilité verticale pour les inhalothérapeutes au moyen d'études universitaires en physiologie respiratoire;

- et enfin, comme il n'existe pas au niveau universitaire de correspondance pour le champ de l'inhalothérapie,il faudra, au besoin, permettre à quelques inhalothérapeutes, et ce, après un recyclage minimal, de se perfectionner dans le cadre du baccalauréat général en sciences de la santé proposé au chapitre 5, section 5.6.

6.18 L'OPTOMETRIE

6.18.1 La situation actuelle

L'optométrie est une science de la santé qui englobe tous les services visuels, sauf le traitement des pathologies. C'est une profession autonome, d'abord de première ligne, ce qui n'exclut pas pour autant sa participation aux autres niveaux de distribution des soins.

6.18.1.1 Données sur le milieu professionnel

6.18.1.1.1 Nombre de professionnels

En 1973, il y avait aux Etats-Unis un optométriste pour 11 000 habitants, tandis que pour l'ensemble du Canada il y en avait 1 pour 13 971 habitants. D'ailleurs ce rapport entre les optométristes et la population au Canada n'a à peu près pas varié au cours des dix dernières années comme nous l'indique le tableau 1.

Cependant, l'étude du même tableau 1, décrivant le nombre d'optométristes licenciés par rapport à la population de chaque province canadienne, montre que, par rapport à la population, le Québec, avec 578 optométristes, compte, en 1973, le plus grand nombre d'optométristes, soit 1 optométriste pour 10 685 habitants, par rapport à 1 optométriste pour 16 192 habitants en Ontario.

TABLEAU 1

RAPPORT ENTRE LES OPTOMETRISTES LICENCIES ET LA POPULATION

PAR PROVINCE D'ENREGISTREMENT

CANADA, 1964-1973 (a)

	1964	1968	1973
Terre-Neuve	1:60 375*	1:33 733	1:38 571
Ile-du-Prince-Edouard	1:21 800	1:22 000	1:19 333
Nouvelle Ecosse	1:19 359	1:21 306	1:24 545
Nouveau-Brunswick	1:13 886	1:16 026	1:16 049
Québec	1:13 108	1:12 586	1:10 685
Ontario	1:12 727	1:14 184	1:16 192
Manitoba	1:17 759	1:17 655	1:17 632
Saskatchewan	1:14 492	1:13 333	1:12 411
Alberta	1:12 874	1:11 373	1:11 423
Colombie-Britannique	1:12 118	1:13 353	1:15 383
Yukon et Territoires du nord ouest	-	1: 9 000	1:58 000
CANADA	1:13 613	1:13 856	1:13 971

*Estimé

a) Inventaire de la main-d'oeuvre sanitaire (Canada) 1974, Table 13.2, p.121 Ministère de la santé nationale et du bien-être.

Il est important par ailleurs de noter, dans le tableau 2 qui décrit le rapport entre les ophtalmologistes et la population par province d'enregistrement, que pour l'ensemble du Canada en 1973 ce rapport était de 1 ophtalmologiste pour 36 161 habitants, alors qu'au Québec il était de 1 ophtalmologiste pour 45 383 habitants, tandis qu'en Ontario il était de 1 ophtalmologiste pour 32 271 habitants. Il est intéressant de noter, que pour la même année c'est une situation inverse de celle rapportée plus haut pour la répartition optométristes/population au Québec et en Ontario.

Le nombre absolu d'optométristes, de 1964 à 1973, a augmenté au Canada de 12%, mais de 35% au Québec, tandis qu'il diminuait en Ontario d'environ 5% durant la même période selon le tableau 3.

Par ailleurs, tel que nous l'indique le tableau 4, le nombre absolu d'ophtalmologistes a augmenté au Canada, entre 1968 et 1973, de 17% tandis qu'il croissait en Ontario de 23% mais à peine de 5% au Québec.

Selon le directeur de l'Ecole d'optométrie de l'Université de Montréal, "si les services optométriques se résument à prescrire des verres pour améliorer l'acuité visuelle et le confort visuel, il suffirait d'un optométriste pour 10-15 000 de population, mais si des services visuels plus élargis étaient offerts, le rapport souhaitable pourrait alors être inférieur à 1/7 000 habitants".

TABLEAU 2

RAPPORT ENTRE LES OPHTALMOLOGISTES ET LA POPULATION

PAR PROVINCE D'ENREGISTREMENT

CANADA 1968-1973 (a)

	1968	1973
Terre-Neuve	1/101 400	1/180 266
Ile-du-Prince-Edouard	1/110 000	1/57 450
Nouvelle Ecosse	1/34 545	1/57 485
Nouveau-Brunswick	1/52 000	1/72 433
Québec	1/46 304	1/45 383
Ontario	1/36 530	1/32 271
Manitoba	1/31 322	1/32 187
Saskatchewan	1/68 571	1/60 540
Alberta	1/47 687	1/35 821
Colombie-Britannique	1/26 407	1/21 045
Yukon	-	-
T.N.O.	-	-
Canada	1/39 815	1/36 161

a) Inventaire de la main-d'oeuvre sanitaire (Canada) 1972, 1973,1974
Ministère de la santé nationale et du bien-être

Population du Canada et des provinces selon le sexe et par groupe d'âge,
Statistiques Canada, 1972, 1973, 1974 - no 91-202

TABLEAU 3

NOMBRE D'OPTOMETRISTES LICENCIES, PAR PROVINCE D'ENREGISTREMENT

CANADA, 1964-1973 (a)

	1964	1968	1973
Terre-Neuve	8*	15	14
Ile-du-Prince-Edouard	5	5	6
Nouvelle Ecolle	39-	36	33
Nouveau Brunswick	94	39	41
Québec	426	471	572
Ontario	521	512	496
Manitoba	54	55	57
Saskatchewan	65	72	73
Alberta	111	134*	149
Colombie-Britannique	144	150	154
Yukon et Territoires du Nord ouest	0	5	1
CANADA	1 417	1 494	1 596

*Estimé

a) Inventaire de la main-d'oeuvre sanitaire (Canada) 1974, table 13.1, p.120 Ministère de la santé nationale et du bien-être.

TABLEAU 4

NOMBRE D'OPHTALMOLOGISTES PAR PROVINCE D'ENREGISTREMENT

CANADA, 1968-1973 (a)

	1968	1973
Terre-Neuve	5	3
Ile-du-Prince-Edouard	1	2
Nouvelle-Ecosse	22	14
Nouveau-Brunswick	12	9
Québec	128	134
Ontario	200	246
Manitoba	31	31
Saskatchewan	14	15
Alberta	32	47
Colombie-Britannique	76	110
Yukon	-	-
T.N.O.	-	-
Canada	521	611

a) Inventaire de la main-d'oeuvre sanitaire (Canada) 1972, 1973, 1974
Ministère de la santé nationale et du bien-être

6,18,1,1,2 Répartition par région socio-sanitaire au Québec

Le tableau 5 souligne qu'au Québec les optométristes sont environ trois fois plus nombreux que les ophtalmologistes et deux fois plus nombreux que les opticiens d'ordonnances.

Que l'on considère au Québec la répartition des professionnels de la santé intéressés au domaine oculo-visuel, soit en nombre absolu comme dans le tableau 5, soit par 100 000 habitants comme dans le tableau 6, dans chaque région socio-sanitaire, seuls les optométristes présentaient en 1973 une répartition géographique régionale suffisante et un taux de distribution pas trop disparate tandis que trois régions, Nord-Ouest, Côte-Nord et Nouveau-Québec, étaient privées d'ophtalmologistes et d'opticiens d'ordonnances.*

6,18,1,1,3 Législation et champ d'exercice professionnel

Au cours de 1973 et de 1974, le Québec s'est doté d'un Code des professions et de plusieurs lois touchant diverses corporations professionnelles, dont la Loi de l'optométrie, la Loi des opticiens d'ordonnances, la Loi médicale et la Loi des infirmières et infirmiers.

Le tableau 7 tente de présenter de façon comparative le champ d'exercice des professionnels de la santé intéressés au domaine oculo-visuel selon les dispositions des différentes lois qui régissent ces corporations professionnelles.

---

* Pour les opticiens d'ordonnances, il s'agit de données de 1971.

TABLEAU 5

REPARTITION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE SELON LA RÉGION SOCIO-SANITAIRE, AU 31 DECEMBRE 1972

(SAUF POUR LES OPTICIENS D'ORDONNANCES)

Régions socio-sanitaires		Omnipraticiens 1973(a)	Ophtalmologistes 1973(a)	Opticiens d'ordonnances 1971(b)	Optométristes 1973(c)
1	Bas St-Laurent	109	4	2	21
2	Saguenay - Lac St-Jean	118	6	3	21
3	Québec	634	33	38	62
4	Trois-Rivières	198	10	25	40
5	Cantons de l'Est	136	7	7	25
6A	Montréal - Ile	1 616	109	163	246
6B	Montréal - Laurentides	185	5	10	34
6C	Montréal - Rive-Sud	459	10	25	81
	(MONTREAL TOTAL)	(2 260)	(124)		(361)
7	Outaouais	126	4	2	18
8	Nord-Ouest	53	-	-	16
9 - 10	Côte-Nord et Nouveau Québec	47	-	-	6
	ENSEMBLE DU QUEBEC	3 681	186	275	570

a) Tableau P-4, Statistiques annuelles 1973, Régie de l'Assurance-Maladie du Québec

b) Tableau 2-29, Dossier régional - Annexe du Rapport annuel 1972-1973, Ministère des Affaires sociales

c) Tableau P-3, Statistiques annuelles 1973, Régie de l'Assurance-Maladie du Québec

TABLEAU 6

Répartition régionale des professionnels de la santé (ophtalmologistes, optométristes, opticiens d'ordonnances et omnipraticiens), par 100,000 habitants

Région socio-sanitaire		Ophtalmologistes**	Optométristes*			Opticiens d'ordonnances***	Omnipraticiens*		
		au 31 déc. 1973	71-72	72-73	73-74	71	71-72	72-73	73-74
1	Bas St-Laurent - Gaspésie	1.8	9	9	9	0.86	41	41	48
2	Saguenay - Lac St-Jean	2.2	7	7	8	1.07	35	39	43
3	Québec	3.6	6	6	7	4.04	52	61	68
4	Trois-Rivières	2.4	8	9	10	5.94	40	43	48
5	Cantons de l'Est	3.1	10	10	11	3.12	44	55	62
6A	Montréal-Ile				11	7.45			75
6B	Montréal - Laurentides				9	2.55			47
6C	Montréal - Rive-Sud				9	2.96			54
	(MONTREAL TOTAL)	(3.6)	(9)	(10)	(10)		(52)	(61)	(67)
7	Outaouais	0.8	6	6	7	0.82		44	52
8	Nord-Ouest	-	9	10	11	-	36	30	36
9 - 10	Côte-Nord et Nouveau Québec	-	5	5	5	-	28	36	41
	(ENSEMBLE DU QUEBEC)	3.1	8	9	9		(32)	(56)	(62)

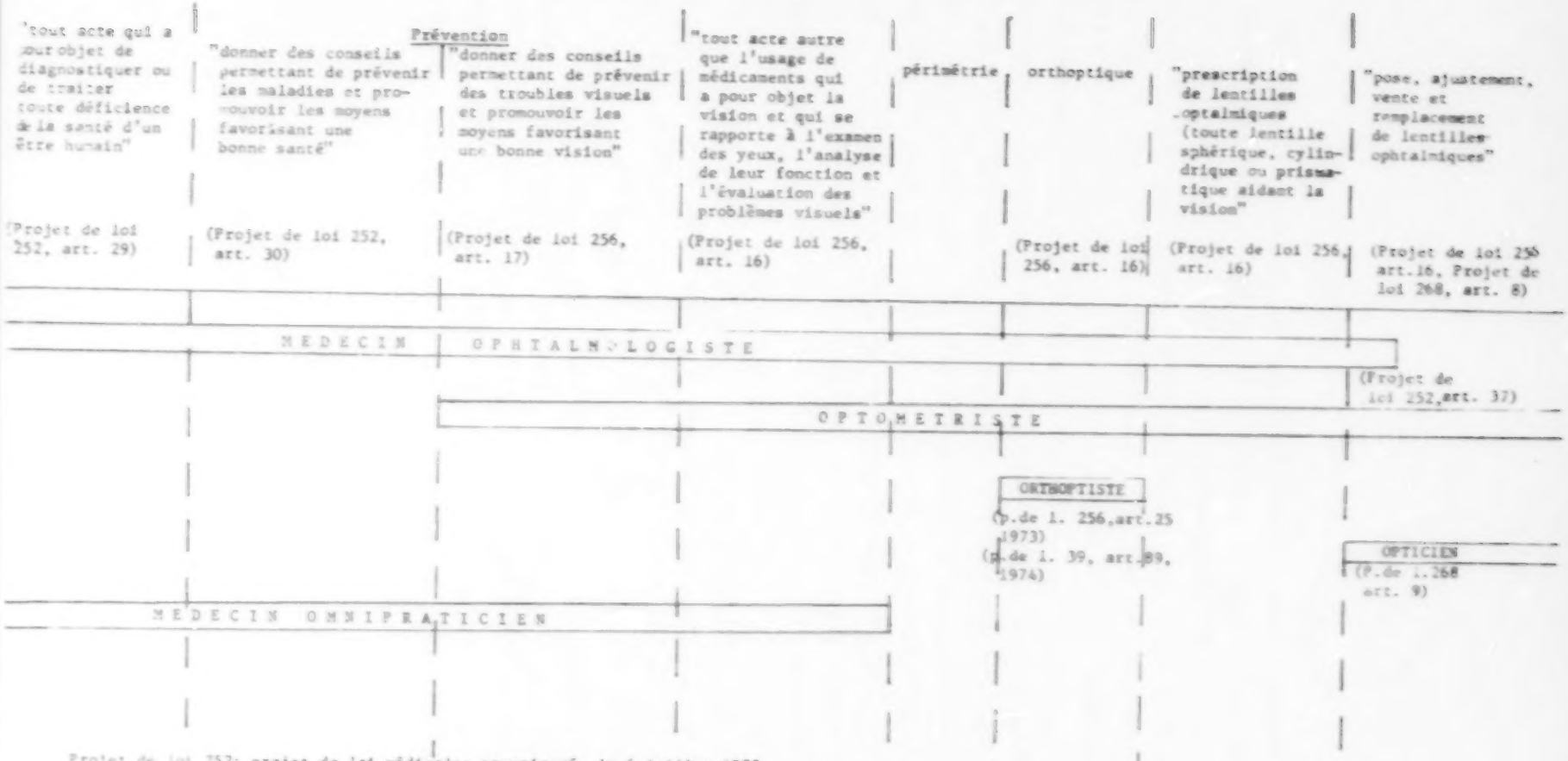
* Tableau D, Rapport annuel 1972-73, Régie de l'Assurance-Maladie du Québec
Tableau 6, Rapport annuel 1973-74, Régie de l'Assurance-Maladie du Québec

** Par calcul, à partir des tableaux B-1 et P-4, Statistiques annuelles 1973, Régie de l'Assurance-Maladie du Québec

*** Dossier régional - Annexe du Rapport annuel 1972-73, Ministère des Affaires sociales
Tableau 2-29

TABLEAU 7

CHAMP HABITUEL D'EXERCICE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE INTERESSES AU DOMAINE OCULO-VISUEL



Projet de loi 252; projet de loi médicale; sanctionné le 6 juillet 1973
Projet de loi 256, projet de loi sur l'optométrie; sanctionné le 6 juillet 1973
Projet de loi 268, projet de loi des opticiens d'ordonnances; sanctionné le 6 juillet 1973
Projet de loi 39, projet de loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives; sanctionné le 13 décembre 1974

On note immédiatement le chevauchement, permis par les lois, du champ d'exercice de plusieurs de ces professionnels. Les orthoptistes n'ont pas été regroupés en corporation professionnelle par le législateur. L'orthoptique est confiée dorénavant aux optométristes, sauf pour ceux ayant des drois requis.

N'eut été de compliquer encore davantage ce tableau, nous aurions dû considérer le fait que les infirmiers(ières), interviennent autant dans le processus d'identification des besoins de santé des personnes, du diagnostic, de la dispensation des soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, de la prévention de la maladie, du traitement et de la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale. De plus, il aurait fallu considérer la délégation à des "techniciens-maison" d'actes professionnels habituellement posés par des ophtalomologistes et des optométristes.

Même si la Loi des optométristes ne les autorise pas "à s'intituler spécialistes ni à indiquer une spécialité ou une formation particulière", certains limitent leur exercice à un champ d'expertise particulier.

La pose, l'ajustement, la vente et le remplacement de lentilles ophtalmologiques fait partie de l'exercice de l'optométriste et de l'opticien d'ordonnances, tandis qu'"il est interdit à un médecin de vendre des prothèses autres que des verres de contact".

6.18.1.1.4 Champ de pratique

Au Québec, l'optométriste pratique quasi uniquement en cabinet privé et il y a quelques exemples d'optométristes travaillant en cabinet avec des ophtalmologistes.

L'optométriste, quoique admissible dans le réseau des établissements du ministère des Affaires sociales ne s'y retrouve pas encore. Depuis plusieurs années, des relations parfois difficiles existent entre l'Association des ophtalmologistes du Québec et l'Association professionnelle des optométristes du Québec. Les divergences d'opinion entre ces deux groupes quant au champ d'exercice ne sont pas disparues depuis les nouvelles législations survenues au Québec. Actuellement, le citoyen québécois peut avoir un rendez-vous quasi immédiatement chez la plupart des optométristes, tandis qu'il devra attendre parfois longuement s'il s'agit d'un cas électif pour obtenir un rendez-vous d'un ophtalmologiste.

6,18,1,2 Données sur les milieux de formation

6,18,1,2,1 Institutions

Il n'y a, au Québec, qu'un seul milieu de formation pour les optométristes, l'Ecole d'optométrie, fondée en 1904, affiliée à l'Université de Montréal en 1925 et intégrée à cette université en 1969.

Il n'y a, au Canada, qu'un seul autre centre de formation universitaire en optométrie, le College of Optometry de l'Université de Waterloo, en Ontario alors qu'aux Etats-Unis, on compte treize écoles ou facultés d'optométrie.

6,18,1,2,2 Programmes d'études

L'Ecole d'optométrie de l'Université de Montréal offre un programme d'études de 1er cycle réparti sur trois années (sept trimestres) à des étudiants porteurs d'un diplôme d'études collégiales en sciences de la santé ou l'équivalent. Ces études sont couronnées par une licence ès sciences, option

optométrie (L.Sc.O) conduisant au droit de pratique. Ce programme ne comporte pas, à "l'Annuaire" 1974 de l'Ecole d'optométrie de l'Université de Montréal, d'objectifs éducatifs au niveau des connaissances, des attitudes, et des aptitudes. L'allocation des 131 crédits laisse croire que 112 d'entre eux seraient consacrés à la formation de base et 19 autres crédits seulement à la formation clinique totale de l'étudiant.

Dans la plupart des collèges d'optométrie d'Amérique du Nord, la durée de la formation optométrique est de quatre années, incluant une année d'expérience clinique, et confère le doctorat professionnel (O.D.). L'Ecole d'optométrie de l'Université de Montréal n'est pas agréée par le Council on Optometric Education de l'American Optometric Association parce qu'elle ne se conforme pas à ces exigences.

L'Ecole d'optométrie offre un programme d'études de deuxième cycle (maîtrise) mais pas de programme d'études de troisième cycle.

Peu de recherche est actuellement effectuée à l'Ecole d'optométrie de l'Université de Montréal.

Au niveau de l'enseignement permanent, des initiatives non coordonnées ont été prises, soit par l'Ordre des optométristes du Québec, en particulier, soit par l'Ecole d'optométrie de l'Université de Montréal, soit par l'Institut de visiologie, soit par des organismes privés.

Et il est à noter, qu'aux Etats-Unis, on songe de plus en plus, comme pour d'autres professions de la santé, à faire la démonstration à intervalles, de la compétence de l'optométrie en pratique professionnelle.

6,18,1,2,3 Etudiants

L'Ecole d'optométrie de l'Université de Montréal admet 40 étudiants en première année et en gradue 30 et 35 par année.

Seule école d'optométrie francophone en Amérique du Nord, elle n'admet cependant que peu de francophones de l'extérieur du Québec.

6,18,1,2,4 Professeurs

Le corps professoral de l'Ecole d'optométrie de l'Université de Montréal comprenait, en septembre 1974, neuf professeurs à plein temps, trois professeurs à demi-temps, trois chargés de cours, un auxiliaire de recherche et vingt-deux chargés de clinique à temps partiel. Six sur neuf des professeurs plein temps possédaient des diplômés de 2e et 3e cycles, tandis qu'une minorité avait un doctorat professionnel (O.D.). Le recrutement des professeurs plein temps est rendu difficile, par le fait que le réservoir de compétence en Amérique du Nord est anglophone, et que les conditions de vie universitaire et de rémunération qui leur sont offertes ne sont pas compétitives en regard de celles de l'optométriste en pratique privée.

Il faut également souligner le fait que, récemment, le directeur même de l'Ecole d'optométrie de l'Université de Montréal n'était pas à plein temps.

6,18,1,2,5 Ressources physiques

De l'aveu même de l'Université de Montréal, les locaux occupés par l'Ecole sont encore insuffisants même si des progrès sensibles ont été réalisés et que les améliorations commencées en 1972 se poursuivent encore.

6,18,1,2,6 Matériel clinique

Il y a une déficience importante de matériel clinique pour la formation optométrique. Les cliniques de l'Ecole d'optométrie reçoivent chaque année plus de 2000 malades; c'est donc dire que chaque étudiant de 3e année voit environ 15 patients en clinique générale et 60 clients en clinique de lentilles cornéennes pendant toute sa formation clinique. A la différence de nombreuses autres professions de la santé, la formation clinique se fait quasi exclusivement sans le concours des autres professionnels de la santé intéressés au domaine oculo-visuel.

6,18,2 La problématique de l'optométrie

Il existe au Québec un rapport optométristes/population plus avantageux que dans le reste du Canada et comparable à celui des Etats-Unis. Les optométristes sont assez bien répartis dans toute l'étendue du territoire québécois et sont les seuls professionnels de la santé intéressés au domaine oculo-visuel à se retrouver en concentration à peu près égale dans chacune des régions socio-sanitaires.

Par ailleurs, tous les optométristes exercent en cabinet privé, la plupart du temps en pratique solo et très rarement en groupe multidisciplinaire. Quand ils existent, jusqu'à ce jour, ces embryons d'équipes multidisciplinaires intéressées au domaine oculo-visuel, se retrouvent en dehors des établissements du ministère des Affaires sociales.

Les optométristes et les ophtalmologistes, au niveau des associations professionnelles, sont souvent en compétition ou en désaccord à propos de leurs champs d'exercice respectifs, et ce, malgré la législation récente. Et il est toutefois trop tôt pour connaître l'impact des nouveaux rôles professionnels complémentaires chez tous ceux intéressés au domaine oculo-visuel.

La difficulté à cerner les champs d'exercice respectifs de ces différents professionnels et leurs points de complémentarité et d'intégration, ne peut que rendre plus difficile la fixation d'objectifs éducatifs d'un curriculum renouvelé des études optométriques de premier cycle dans le seul milieu de formation au Québec, l'Ecole d'optométrie de l'Université de Montréal.

Le programme actuel des études optométriques de premier cycle conduit à une licence (L.Sc.O) après trois années, en comparaison à un doctorat professionnel (O.D.) couronnant un cours de quatre années pour le reste des institutions universitairesde formation en optométrie en Amérique du Nord. L'Ecole d'optométrie de l'Université de Montréal n'est pas accréditée par le principal organisme d'agrément nord-américain,et son programme est reconnu comme déficient,par le directeur de l'Ecole et l'Association professionnelle des optométristes du Québec,quant à la préparation qu'il offre pour détecter et dépister les pathologies oculaires et quant à l'enseignement clinique.

La recherche, tant au sein de l'Ecole d'optométrie,que celle qui pourrait être faite en collaboration avec d'autres constituantes universitaires, en est à ses débuts et le programme de deuxième cycle vient à peine d'être offert.

Les professeurs de carrière à l'Ecole d'optométrie de l'Université de Montréal sont en nombre insuffisant,et il apparaît que leurs conditions de travail et de vie académique ne favorisant pas le recrutement.

Les facilités physiques et matérielles de l'Ecole d'optométrie apparaissent insuffisantes pour les besoins du curriculum actuel et gagneraient à être réévaluées en regard d'un curriculum renouvelé. De plus, l'enseignement permanent des optométristes jusqu'à ce jour, a été laissé à des initiatives non intégrées.

Enfin, les optométristes requièrent des aides techniques et suggèrent la formation d'auxiliaires, tandis que les ophtalmologistes, pour leur part, proposent la formation de personnel technique de niveau collégial qui, selon eux, pourraient remplacer les optométristes.

6.18.3 Les hypothèses de développement

Dans le secteur de l'optométrie, il est possible d'envisager trois hypothèses de développement basées sur la double intégration des optométristes avec les autres professionnels de la santé de l'oeil et entre les professionnels du domaine oculo-visuel et les autres professionnels de la santé.

6.18.3.1 L'exercice professionnel désintégré

Il s'agit en fait du maintien du système actuel avec tout ce qu'il comporte de déficiences tant sur les plans légal, professionnel, académique et social. Cette approche légaliste et professionnel rend très difficile, sinon impossible, toute tentative de décloisonnement et de réaménagement des fonctions dévolues à chaque type de professionnel, tel que, l'opticien d'ordonnance, l'optométriste et l'ophtalmologiste.

Au plan de la formation, une telle approche signifie qu'il faudrait augmenter le nombre de diplômés en optométrie et tenter d'en améliorer la quali-

té. Ces mesures ne modifient cependant que de façon secondaire la situation actuelle et n'ont habituellement que peu d'effets sur la qualité des services de santé.

6,18,3,2 L'amorce d'une intégration

Une telle hypothèse vise à favoriser l'intégration des soins oculo-visuels dispensés par une équipe multidisciplinaire, tout en délimitant le rôle de chacun des professionnels impliqués et en respectant la situation de fait qui caractérise l'optométriste comme un travailleur de la santé de première ligne. Et un des meilleurs moyens d'amorcer cette intégration professionnelle réside dans la mise sur pied de stages cliniques en milieu de santé (communautaire, scolaire, industrielle, etc) pour les optométristes. Ces stages, sous responsabilité universitaire, permettraient aux optométristes de travailler en collaboration avec les autres professionnels de la santé intéressés au domaine oculo-visuel.

6,18,3,3 L'exercice professionnel complètement intégré.

Cette hypothèse implique de fait un réaménagement complet des tâches et responsabilités des professionnels de l'oeil afin de les regrouper dans une équipe multidisciplinaire intéressée autant par la réadaptation, la correction que la prévention oculo-visuelle.

6.18.4 Recommandations

Afin de favoriser l'intégration des optométristes à l'équipe de distribution des soins de santé et d'assurer la qualité des services optométriques offerts à la population, il est recommandé:

6.18.4.1 que l'Ecole d'optométrie de l'Univeresité de Montréal procède à la revision de son curriculum de façon à établir des objectifs éducatifs appropriés tant au niveau des connaissances que des attitudes et aptitudes dans un cadre temporel approprié conduisant au doctorat professionnel (O.D.);

6.18.4.2 que l'Ecole d'optométrie de l'Univeresité de Montréal mette sur pied, en collaboration avec les autres secteurs des sciences de la santé, des unités de formation clinique multidisciplinaire comprenant des optométristes, des ophtalmologistes, des opticiens d'ordonnance et des orthoptistes, à l'intérieur desquels les étudiants d'optométrie effectueront des stages cliniques;

6.18.4.3 que soit réalisée l'implantation de projets d'équipes multidisciplinaires intéressées à la santé de l'oeil et oeuvrant dans un contexte universitaire d'enseignement et de recherche et qu'à cette fin soient prévues:

- *la collaboration de toutes les parties intéressées à savoir, les institutions de formation, les coporations professionnelles, les associations professionnelles, ainsi que les ministères des Affaires sociales et de l'Education;*

- *l'élaboration d'une méthodologie d'évaluation de tels projets;*

- *la planification de l'établissement de ces projets dans la plupart des régions du Québec.*

Dans le but de tendre vers le rapport optométriste/population espéré de 1/9000 et d'assurer la qualité de l'enseignement, il est recommandé:

6.18.4.4 que la capacité d'accueil actuelle de l'Ecole d'optométrie de l'Université de Montréal demeure la même, soit de 40 étudiants par année pour les cinq prochaines années, et que l'Ecole continue, à même ses capacités d'accueil actuelles, d'admettre un certain nombre de candidats francophones de l'extérieur du Québec;

6.18.4.5 que l'Ecole d'optométrie de l'Université de Montréal favorise des conditions de travail et de vie universitaire propres à faciliter le recrutement de professeurs de carrière en optométrie et l'optimisation des ressources professorales déjà existantes dans son réseau;

6.18.4.6 que l'Ecole d'optométrie de l'Université de Montréal favorise le développement des études de deuxième et de troisième cycles et détermine ses priorités au plan de la recherche fondamentale et appliquée en sciences optométriques;

6.18.4.7 que l'Université de Montréal sollicite d'organismes d'agrément nord-américains reconnus l'agrément comparatif aux autres écoles ou facultés d'optométrie d'Amérique du Nord, pour le programme de premier cycle de son Ecole d'optométrie;

6.18.4.8 que l'Ecole d'optométrie de l'Université de Montréal offre une formation théorique et clinique en orthoptique en particulier, appropriée au champ d'exercice accordé par la loi dans ce domaine aux optométristes et qu'entre-temps l'Office des professions et l'Ordre des optométristes du Québec facilitent une délégation d'actes à des techniciens en orthoptique formés à l'étranger;

6.18.4.9 que l'Université de Montréal, tel qu'elle se le propose, rende disponibles à l'Ecole d'optométrie, toutes ses facilités de formation en sciences de la santé, y compris en particulier celles d'ophtalmologie.

Pour rendre la formation plus conforme aux exigences professionnelles, il est recommandé:

6.18.4.10 que la Corporation professionnelle des optométristes du Québec établisse, dans les plus brefs délais, des normes suivant lesquelles les cas pathologiques peuvent être identifiés par ses membres;

6.18.4.11 que la Corporation professionnelle des optométristes du Québec détermine le plus tôt possible les conditions de pratique de l'orthoptique par ses membres actuels et futurs, et de concert avec les autres corporations professionnelles concernées, étudie les retombées de développement technologiques récents pouvant influencer la pratique de ses membres;

6.18.4.12 que la Corporation professionnelle des optométristes du Québec et la Corporation professionnelle des médecins du Québec, pour les ophtalmologistes, étudient la possibilité d'éviter toute occasion de conflit d'intérêt, sans atteinte à la qualité des soins aux malades, en éliminant la pose, l'ajustement, la vente et le remplacement de lentilles ophtalmiques par les optométristes et les ophtalmologistes.

Au plan du maintien de la compétence professionnelle des optométristes, il est recommandé:

6.18.4.13 que l'Ecole d'optométrie de l'Université de Montréal continue à participer avec la Corporation professionnelle des optométristes du Québec et l'association professionnelle concernée, à l'enseignement permanent et au maintien de la compétence des optométristes de la province, particulièrement en regard de l'établissement d'un bilan de santé oculo-visuelle et de l'approche clinique multidisciplinaire.

Au plan de la formation d'auxiliaires des professionels de la santé de l'oeil, il est recommandé:

6.18.4.14 que le ministère des Affaires sociales, de concert avec les corporations professionnelles concernées, détermine les besoins en auxiliaires des professionnels de la santé de l'oeil;

6.18.4.15 que par la suite, le ministère de l'Education, de concert avec les corporations professionnelles impliquées et le ministère des Affaires sociales, étudie la possibilité d'élaborer et de mettre sur pied des programmes de formations desdits auxiliaires.

6.19 LES BIOCHIMISTES

6.19.0 Introduction

Le rôle des chimistes[1] dans le monde de la santé prend de plus en plus d'importance. Ces spécialistes possèdent une formation scientifique universitaire particulièrement poussée dans le domaine de la biochimie clinique et s'intéressent à l'étude des réactions chimiques de la matière vivante.

Ils offrent aux sciences de la santé des moyens raffinés d'analyse qui permettent de préciser les mécanismes chimiques des maladies, d'établir un diagnostic et d'évaluer l'efficacité d'une thérapeutique.

6.19.1 L'état des faits

En 1973, le nombre de chimistes non-médecins travaillant dans les hôpitaux du Québec s'élevait à 210 et ceux-ci exercent leur profession dans le cadre des laboratoires comme membres participants de l'équipe médicale hospitalière chargée d'établir le diagnostic des maladies. De plus, quelques biochimistes dirigent des laboratoires privés spécialisés dans le domaine des analyses médicales. On retrouve également des biochimistes dans les centres de recherches médicaux des hôpitaux, des instituts ou des universités. Enfin, on les retrouve également dans des centres de médecine préventive et dans des laboratoires de contrôle sur la qualité de l'environnement. Pour leur part, pas moins de 60 médecins spécialisés en biochimie travaillent dans les laboratoires des centres hospitaliers.

---

(1) Il est question ici des biochimistes qui doivent être membres en règle de l'Ordre des chimistes.

Au plan de la formation, la majorité des universités au Québec offre des programmes ou des options dès le premier cycle; seules les Universités du Québec à Chicoutimi et à Rimouski n'ont pas de tels programmes. Par contre, au niveau des deuxième et troisième cycles, les universités Laval, Montréal, McGill et Sherbrooke offrent de tels programmes. Il faut également souligner qu'à Laval, il y a deux départements de biochimie, un à la Faculté des sciences et l'autre à la Faculté de médecine. A Sherbrooke et à Montréal, il n'y a qu'un seul département de biochimie et il relève de la Faculté de médecine, alors qu'à McGill, le département de biochimie est rattaché à la Faculté des sciences.

6.19.2 La problématique

L'examen des données pertinentes nous indique que les services rendus par des biochimistes non-médecins en milieu de santé sont de plus en plus nombreux dans les laboratoires cliniques généraux et spécialisés des hôpitaux et dans les laboratoires de médecine préventive.

Or, les programmes actuels de baccalauréat et de maîtrise en biochimie ne comportent pas suffisamment d'orientation vers les sciences de la santé. De plus, il faut souligner l'importance de l'impact sur la qualité des soins de l'existence de deux niveaux de rémunération; en effet, les biochimistes médecins (M.D. et PH.D.) sont payés à l'acte alors que les biochimistes non-médecins (Ph.D.) sont des salariés. Il faut également noter l'impossibilité, dans la situation actuelle, pour des non-médecins d'obtenir des stages rémunérés en clinique.
Il existe également une compétition assez forte entre le biochimiste détenteur d'un baccalauréat et le technologiste médical formé au niveau du CEGEP professionnel.

6.19.3 Les hypothèses de développement

Relativement à la formation des biochimistes, il y aurait lieu d'envisager les hypothèses suivantes, à savoir:le maintien du statu quo et une intégration plus grande au secteur de la santé.

6.19.3.1 Le maintien du statu quo

L'idée de base de cette hypothèse implique que la contribution actuelle des biochimistes au milieu de la santé au plan de l'enseignement, de la recherche et des expertises pour fins de diagnostic,répond aux besoins actuels et leur formation est adéquate.

6.19.3.2 Une intégration plus grande au secteur de la santé

Par contre, en fonction de cette hypothèse, on peut estimer que les besoins actuels et éventuels sont tels qu'il faudra compter sur un plus grand nombre de biochimistes ayant une formation adéquate en sciences de la santé. En plus des secteurs traditionnels (laboratoires d'hôpitaux, de centres de recherche, etc.), il faudra former des biochimistes qui oeuvreront principalement en médecine préventive, en médecine du travail, etc.

6.19.4 Recommandations

Eu égard aux faits observés et aux besoins prévus dans les milieux hospitaliers, il est recommandé:

6.19.4.1 que les universités développent des programmes de maîtrise en biochimie clinique pour les diplômés de chimie, de biochimie, de médecine et de pharmacie;

6.19.4.2 que les universités maintiennent et développent les programmes actuels de deuxième et de troisième cycles en biochimie,

Concernant les stages en milieu hospitalier pour les étudiants en biochimie clinique, il est recommandé:

6.19.4.3 que les étudiants de maîtrise et de doctorat et biochimie clinique effectuent des stages réguliers en milieu hospitalier;

6.19.4.4 que les universités et les établissements de santé prévoient l'engagement conjoint de moniteurs dans le cadre du contrat d'affiliation.

Afin d'assurer le développement de la biochimie clinique, il est recommandé:

6.19.4.5 que les modes de rémunération des professionnels en biochimie clinique oeuvrant en milieu hospitalier soient revisés afin de favoriser le recrutement des étudiants dans les programmes de biochimie clinique.

6.20 LES BIOLOGISTES

6.20.0 Introduction

Les biologistes en milieu de santé s'intéressent à la biologie humaine et particulièrement à l'étude de la structure et du fonctionnement de l'organisme humain ainsi qu'aux réponses de ce même organisme aux agressions physiques, chimiques ou biologiques du milieu intérieur et extérieur auxquelles il peut être soumis.

6.20.1 L'état des faits

Il n'existe pas, à proprement parler, de scientifiques biologistes qui travaillent dans les établissements de soins de santé. La contribution des 64 biologistes dans le domaine de la santé est à peu près exclusivement dirigée vers l'enseignement et la recherche. Près de 80% d'entre eux évoluent au sein des divers départements des sciences de base dans les facultés de médecine. Les autres travaillent dans des laboratoires de recherche bio-médicale fondamentale ou clinique, la plupart du temps rattachés aux hôpitaux d'enseignement.

Toutes les universités au Québec dispensent des programmes de formation en biologie au niveau des premier, deuxième et troisième(1) cycles.
Les spécialisations actuelles de la biologie humaine sont diversifiées et comprennent l'anatomie microscopique, la biologie cellulaire et moléculaire, la physiologie, la génétique, etc.

---

(1) Sauf à l'Université du Québec et à l'Université Concordia.

6.20.2 La problématique

Les principaux problèmes de ce groupe de scientifiques sont reliés aux besoins en termes de main-d'oeuvre et à sa participation à la santé limitée à l'enseignement et à la recherche. En effet, l'enseignement de la biologie humaine au niveau du premier cycle, autrefois exclusif aux étudiants en médecine et en art dentaire, est rendu accessible à de nombreux autres professionnels des sciences de la santé, ce qui nécessite de plus en plus de professeurs. De plus, il existe une très forte clientèle étudiante dans les programmes de baccalauréat en biologie au Québec et il devrait être plus facile de recruter des futurs professeurs en sciences de la santé parmi ces étudiants. Cependant, la participation directe des scientifiques biologistes à la recherche clinique et surtout à la dispensation des soins (diagnostic, contrôles, etc.) pourrait et devrait augmenter sensiblement au cours des prochaines années.

6.20.3 Les hypothèses de développement

Pour les scientifiques biologistes, il est possible d'envisager deux hypothèses, à savoir: le statu quo et une participation plus directe à la dispensation des soins.

6.20.3.1 Le statu quo

Cette hypothèse est basée sur l'idée que les biologistes devraient augmenter en nombre pour satisfaire des besoins plus grands, mais toujours au plan de l'enseignement et de la recherche.

6.20.3.2 Une participation plus directe à la dispensation des soins

Il y aurait lieu d'envisager la possibilité que les biologistes, en plus de l'enseignement et de la recherche, s'intéressent et participent directement à la dispensation des soins. Leur contribution à l'équipe de santé pourrait être plus grande au plan de la recherche clinique et du diagnostic, surtout en virologie, en immunologie, en biologie cellulaire et moléculaire, etc.

6.20.4 Recommandations

Eu égard aux problèmes identifiés dans ce secteur, il est recommandé:

6.20.4.1 que les programmes de biologie de premier cycle offrent des éléments de pathologie humaine afin d'intéresser les étudiants au domaine de la santé;

6.20.4.2 que les universités envisagent de créer ou de développer des programmes de maîtrise pour les bacheliers en biologie désireux d'oeuvrer dans le domaine des services de santé d'application humaine.

6.21 LES MICROBIOLOGISTES

6.21.0 Introduction

Les microbiologistes sont ces professionnels de la santé qui s'intéressent à l'étude des micro-organismes, bactéries et virus, qui constituent la cause de certaines maladies. La microbiologie regroupe d'autres disciplines qui en font un tout hétérogène mais dynamique.

6.21.1 L'état des faits

Cette discipline qui dérive de la biologie regroupe environ 250 professionnels au Québec, dont seulement 5% oeuvrent en milieu hospitalier et 35% soit environ 88, s'adonnent à des activités d'enseignement.

Les débuts de la microbiologie, qui remontent à Pasteur, ont été marqués par l'aspect médical car il s'agissait de découvrir les causes des maladies et les traitements appropriés. De cette démarche, ont émergé l'immunologie, la parasitologie, la mycologie, la virologie, la génétique virale et microbienne. Par contre, la microbiologie s'est également développée, mais à une époque plus récente, vers la microbiologie industrielle et agricole, la microbiurgie, etc.

Au Québec, l'enseignement universitaire, au début destiné uniquement aux médecins, est dispensé aux premier, deuxième et troisième cycles, par les uni-

versités McGill, Montréal et Sherbrooke. Du côté des ressources professorales, McGill (plus MacDonald College) compte 20 professeurs, Montréal en compte 10 et Sherbrooke 4,pour un total de 34. La clientèle étudiante, soit 75 étudiants,se répartit de la façon suivante:

Montréal (*)	40	dont 22 sont de l'I.A.F.
McGill	15	
MacDonald	10	
Sherbrooke	10	
	75	

La majeure partie de ces étudiants se retrouve au niveau du baccalauréat (B.Sc.) et de la maîtrise (M.Sc.) alors qu'on ne compte que deux étudiants au niveau du doctorat (Ph.D.).

6.21.2 La problématique

L'analyse de la situation actuelle nous indique qu'il n'y a pas assez de microbiologistes non-médecins en milieu hospitalier. Il semble que cette situation découle du fait que l'enseignement de cette discipline ne soit pas orienté vers la santé, mais qu'il ne soit limité au caractère fondamental et général de la microbiologie.

6.21.3 Les hypothèses de développement

Relativement à la formation des microbiologistes, il y aurait lieu d'envisager la formation de ces professionnels selon les deux hypothèses suivantes.

(*) dont 22 sont de l'Institut Armand Frappier (IAF) de l'Université du Québec.

6.21.3.1 Le maintien de la situation actuelle

Cette hypothèse est basée sur l'idée que la contribution actuelle des microbiologistes au milieu de la santé, au plan de l'enseignement et de la recherche fondamentale et appliquée, répond aux besoins actuels et n'est pas appelé à changer.

6.21.3.2 Le rôle élargi

Il semble que la microbiologie médicale devrait connaître des développements dans les prochaines années. En effet, la création de centres de recherche dans les hôpitaux nécessitera plus de main-d'oeuvre plus qualifiée. D'autre part, d'autres secteurs devront être développés, comme celui des maladies infectieuses, de l'immunologie, de la chimiothérapie, de la biologie moléculaire, de l'histo-comptabilité, de l'épidémiologie, de la bactériologie, de la microbiologie alimentaire, de la virologie, de l'immunodiagnostic, de la sérologie et de la sérothérapie.

6.21.4 Recommandations

Considérant le rôle élargi qui est proposé pour les microbiologistes, il est recommandé:

6.21.4.1 que les universités regroupent les départements de microbiologie et de bactériologie au plan de la recherche pour développer des programmes communs rencontrant davantage les besoins de l'industrie alimentaire, de la santé publique et du réseau des établissements de santé;

6.21.4.2 que les universités développent, en particulier, un programme de maîtrise dans le domaine de la microbiologie clinique.

6.22 LES MÉDECINS VÉTÉRINAIRES

6.22.0 Introduction

Les médecins vétérinaires sont des professionnels qui s'intéressent à la santé des animaux et de leurs utilisations et contacts auprès des humains.

6.22.1 L'état des faits

De l'ensemble des médecins vétérinaires au Québec, seulement 15 de ceux-ci sont présents dans le milieu de la santé, surtout au plan de l'enseignement et de la recherche dans les sciences fondamentales, dans les facultés de médecine, nursing, chirurgie dentaire et de pharmacie. Cependant, la plus grande partie des médecins vétérinaires exercent leurs responsabilités dans le contrôle de la salubrité des produits alimentaires d'origine animale, et dans la lutte contre les maladies des animaux considérés comme source de protéine ou comme vecteurs de maladies transmissibles à l'homme.

6.22.2 La problématique de la médecine vétérinaire

L'insertion des médecins vétérinaires au milieu de la santé est directement liée à la conception de la santé qui est valorisée. Dans le modèle dominant ou prévalant de santé (maladie, hôpital, curation, etc.), on retrouve peu ou pas de médicins vétérinaires, sauf comme scientifiques qui occupent des tâches d'enseignement et de recherche.

6.22.3 Les hypothèses de développement

On peut envisager l'intégration des médecins vétérinaires au milieu de la santé en fonction d'une conception étroite ou élargie de la santé.

6.22.3.1 Le maintien de la situation actuelle

Cette hypothèse est basée sur le fait que les médecins vétérinaires constituent des ressources dans le domaine de la dispensation des soins uniquement au plan de l'enseignement des sciences fondamentales et de la recherche.

6.22.3.2 Le rôle élargi

Le rôle élargi des médecins vétérinaires est fonction du rôle élargi de la santé. A cet egard, il y aurait lieu de considérer que ces professionnels qui oeuvrent dans le domaine de la salubrité des produits alimentaires d'origine animale et de la lutte contre les maladies des animaux qui servent d'aliments ou comme vecteurs de maladies transmissibles à l'homme, font effectivement partie de l'equipe de santé à titre d'hygiénistes. Dans cette optique, les médecins vétérinaires participent à l'écologie de la santé, au maintien et à la prévention de la santé plutôt qu'au traitement des maladies humaines.

6.22.4 Recommandation

Dans la mesure où les médecins vétérinaires s'intéressent à la nutrition humaine et aux vivres et collaborent avec les scientifiques de la santé préoccupés par la prévention et la salubrité publique, il est recommandé:

6.22.4.1 que la Faculté de médecine vétérinaire de l'Université de Montréal développe des options orientées vers le domaine de la santé, comme le soin des animaux de laboratoire, les épizooties, la nutrition humaine et le contrôle des viandes.

6.23 LES PHYSICIENS

6.23.0 Introduction

Les physiciens s'intéressent au rapport entre les sciences de la matière et du mouvement et les sciences de la vie.

6.23.1 L'état des faits

Près de 75% des 35 bio-physiciens du Québec sont membres de l'Association des physiciens d'hôpitaux du Québec et près de 60% d'entre eux, soit 20, s'adonnent à la physique des radiations et 25%, soit 9, participent à l'enseignement universitaire. Il existe quatre centres de formation universitaire en physique bio-médicale au Québec, soit Laval, Montréal, Sherbrooke et Concordia.

6.23.2 La problématique

Il n'existe pas de programmes de formation en santé pour les physiciens et aucune initiation à la santé au niveau du premier cycle en physique. Selon les normes de l'OMS[1], relativement à la proportion de physicien des radiations par 100 000 habitants (1 par 100 000), on devrait compter au Québec au moins 60 physiciens des radiations; or, on n'en décombre actuellement que 20. Il semble de plus exister une trop grande disproportion entre les départements de biochimie et de biophysique dans les hôpitaux d'enseignement

---

(1) Organisation Mondiale de la Santé.

et dans les facultés de médecine. Enfin, il faut souligner qu'il existe un besoin de bio-physiciens en plus grand nombre pour combler l'absence relative d'expertises biophysiques dans des problèmes de santé.

6.23.3 Les hypothèses de développement

Il est possible d'envisager le développement de la formation des physiciens selon que leur intégration au système de distribution de soins de santé est satisfaisante ou pourrait être améliorée.

6.23.3.1 La situation actuelle est satisfaisante

Cette hypothèse implique que les programmes actuels de formation, les ressources actuelles et les pratiques professionnelles actuelles répondent aux besoins en termes de dispensation de soins de santé.

6.23.3.2 Une meilleure intégration

En égard aux besoins indiqués en radiologie diagnostique, en médecine nucléaire et en biophysique, et en fonction d'une plus grande valorisation de l'approche ou de l'éclairage de la biophysique dans les problèmes de la santé, il y aurait lieu d'envisager une plus grande intégration des scientifiques physiciens au milieu de la santé.

6.23.4 Recommandations

Il est recommandé:

6.23.4.1 que les universités incitent leurs départements de physique de biologie et de médecine nucléaire à développer des options en radio-biologie;

6.23.4.2 que les universités élaborent des programmes de maîtrise de type clinique en physique et que les universités et les établissements de santé définissent des stages pour les physiciens inscrits à ces programmes et enfin que des moniteurs soient engagés conjointement dans le cadre du contrat d'affiliation.

6.24 LES INGENIEURS BIO-MEDICAUX

6.24.0 Introduction

Le génie bio-médical est une discipline qui constitue une interface entre les sciences appliquées et les sciences de la santé. Les ingénieurs bio-médicaux s'intéressent aux diverses applications de l'informatique, de la recherche opérationnelle, de la théorie des systèmes et des sciences de l'ingénieur aux problèmes de santé.

6.24.1 L'état des faits

Dans l'ensemble des hôpitaux du Québec, on compte de 15 à 20 spécialistes en génie bio-médical qui sont employés par une douzaine de très grands centres hospitaliers ou d'intituts de recherche. Ce sont des ingénieurs qui possèdent soit une formation en génie bio-médical ou une longue expérience dans le milieu. En milieu hospitalier, l'ingénieur bio-médical s'occupe de la supervision relative à l'entretien de l'équipement médical, de modifications d'appareils, de consultation lors de l'achat de nouveaux appareils, de certains problèmes d'automatisation et d'informatique, d'enseignement et de recherche clinique en collaboration avec le personnel médical.

Au Québec, trois universités offrent des programmes de formation au niveau des deuxième et troisième cycles en génie bio-médical. En effet, l'Université de Montréal, l'Université McGill et l'Université Laval offrent un pro-

gramme de maîtrise professionnelle et des programmes de maîtrise et de doctorat de type "recherche". Le programme de maîtrise professionnelle en génie bio-médical de l'Université de Sherbrooke est actuellement en veilleuse. L'Opération Sciences Appliquées (OSA) a recommandé que la formation en génie bio-médical devait être dispensée au niveau du deuxième cycle, en conséquence le programme de baccalauréat offert à l'Université du Québec à Trois-Rivières devait être discontinué après 1973.

6.24.2 La problématique du génie bio-médical

A l'analyse, il est apparu que les programmes actuels d'enseignement en génie bio-médical sont inadéquats, principalement au niveau de la formation professionnelle. La formation en recherche est adéquate pour les besoins actuels, mais elle devrait être accentuée pour combler les besoins nouveaux. Il y aurait lieu de s'interroger sur le modèle actuel de formation. En effet, celui-ci ne comporte pas de programme de premier cycle spécifique en génie bio-médical et il faut se demander si la formation au niveau du doctorat (PhD) de type recherche constitue la seule voie de formation pour les ingénieurs bio-médicaux. Enfin, il semble bien que le petit nombre de diplômés et d'étudiants inscrits ne satisfasse pleinement les besoins prévus, car, en 1983, on estime à environ 150 le nombre d'ingénieurs bio-médicaux dont aura besoin le système de soins de santé.

6.24.3 Les hypothèses de développement

Relativement à la formation des ingénieurs bio-médicaux, il y aurait lieu d'envisager les hypothèses suivantes:

6.24.3.1 Le statu quo

Dans ce cas, les besoins actuels en termes de qualité et de quantité d'ingénieurs sont comblés et les programmes de formation sont satisfaisants.

6.24.3.2 Une plus grande integration à la santé

Les besoins actuels et éventuels ne sont pas comblés et les programmes actuels de formation professionnelle sont inadéquats. En effet, les hôpitaux, centres hospitaliers sur-spécialisés ou régionaux auront besoin de plus d'ingénieurs bio-médicaux pour exercer leurs activités professionnelles au plan de l'instrumentation, de l'information, de la recherche opérationnelle et du developpement d'instruments médicaux non disponibles commercialement.

6.24.4 Recommandations

Au plan de la formation des ingénieurs bio-médicaux et afin de mieux préparer les bio-électroniciens et les ingénieurs de système nécessaires aux établissements du réseau de santé, il est recommandé:

6.24.4.1 que les universités modifient les programmes de maîtrise en génie bio-médical et mettent davantage l'accent vers les services de santé.

Pour ce qui est des stages en milieu de santé, il est recommandé:

6.24.4.2 que les universités incitent les départements intéressés des facultés des sciences appliquées et de médecine à élaborer ensemble les programmes de deuxième et troisième cycles en génie bio-médical;

6.24.4.3 que les universités et les établissements de santé définissent des stages en milieu de santé pour les ingénieurs bio-médicaux inscrits à des programmes de maîtrise de type appliqué et que les moniteurs soient engagés conjointement dans le cadre du contrat d'affiliation.

6.25 LES SCIENCES INFIRMIERES

6.25.0 Introduction

Les infirmiers et infirmières sont des professionnels de la santé qui aident à maintenir la santé des individus à un niveau optimal. A cette fin, ils doivent identifier les besoins de santé des personnes, contribuer aux méthodes de disgnostic et prodiguer les soins infirmiers requis. Ils s'intéressent également à la promotion de la santé, à la prévention de la maladie et à l'éducation populaire sur les problèmes sanitaires.

6.25.1 L'état de la question

Depuis le 6 juillet 1973, une corporation professionnelle réunit les professionnels des sciences infirmières qui sont toutefois formés à deux niveaux soit au CEGEP (DEC, techniques infirmières) soit à l'université (baccalauréat en nursing). En 1972, des 28 282 infirmières en exercice, seulement 2 182, soit 7,71%, détenaient un diplôme d'études universitaires. La répartition des infirmières, diplômées d'universités selon le niveau, s'établissait de la façon suivante en 1972: (1)

---

(1) Goulet, Olive, Dossier OSS, no. 11, Soug-secteur des Sciences infirmières, Etat des faits, Opération Sciences de la santé, juillet 1973, page 39.

Niveau	Nombre	%
Baccalauréat	1 997	91,52
Maîtrise	182	8,34
Doctorat	3	,14
	2 182	100%

Cette proportion de diplômées universitaires chez les infirmières au Québec a très peu varié depuis 1970 alors qu'elle se situait à 7%, ce qui est conforme à la norme canadienne de 1971 qui s'établissait à une infirmière diplômée universitaire pour 14 infirmières non-diplômées d'université. Il faut cependant noter que la Commission Hall,(1) en 1964, avait proposé que 25% des infirmières soient de formation universitaire. Cependant il faudrait nuancer la notion de diplôme universitaire et cette norme visait à ce que cette proportion d'infirmières universitaires se consacre surtout à l'enseignement, à l'encadrement et l'administration et enfin à la santé publique.

La proportion d'infirmières de formation universitaire varie selon les régions du Québec et c'est ainsi que les régions de Montréal et de Québec sont favorisées avec environ 12,7% et 7,4% alors que le Bas St-Laurent, la Gaspésie, le Saguenay - Lac St-Jean, la Côte Nord, les Cantons de l'Est et le Nord-Ouest comptent 5% ou moins d'infirmières détentrices d'un baccalauréat en nursing. Cependant, c'est parmi les 247 infirmières enregistrées au Québec, mais pratiquant à l'extérieur de la province, qu'on retrouve la plus forte proportion, soit 18,5% (ou 46) d'infirmières diplômées d'université par rapport aux infirmières sans diplôme d'études supérieures.

---

(1) Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, 1964, p. 57-58.

L'analyse de la structure d'occupation des infirmières universitaires nous indique qu'en 1972, pas moins de 71% des bachelières en nursing oeuvraient en milieu hospitalier surtout dans des postes de cadre en nursing, avec une très faible proportion, soit 4%, de ces bachelières s'occupant au soin direct des malades. D'autre part, les institutions d'enseignement sont le deuxième champ d'action privilégié par les bachelières en nursing.

Les universités Laval, Montréal, McGill dispensent présentement des programmes de baccalauréat en nursing qui sont offerts aux détenteurs d'un DEC général et à certains candidats détenteurs d'un DEC professionnel à titre de projet expérimental (Université de Montréal). L'Université du Québec à Trois-Rivières offre également un programme de baccalauréat en nursing pour les candidats détenteurs d'un DEC (techniques infirmières) et qui sont membres en règle de la corporation professionnelle; de plus, celle-ci exige que le candidat possède une année d'expérience clinique, pendant les trois années qui ont précédé la demande d'admission.

Le tableau 1, résume les données principales sur les étudiants du premier cycle en 1972-73.

TABLEAU 1

REPARTITION DES ETUDIANTS DU PREMIER CYCLE EN SCIENCES INFIRMIERES SELON L'UNIVERSITE (1972-73)

	Laval	Montréal	McGill	UQTR	Total
Etudiants (1ère année)	49	97	49	23	218
Diplômés (1973)	21	30	13	0	64
Etudiants (total)	116	290	251	99	756

Quant aux programmes de deuxième et de troisième cycles, seules les universités de Montréal et McGill offrent de tels programmes qui ne comptaient en 1970 que 61 étudiants.

En ce qui concerne le corps professoral, les données indiquées au tableau 2 nous indiquent qu'environ 65% des professeurs réguliers de nursing détiennent au moins un diplômes de deuxième cycle.

Enfin les universités de Montréal, McGill, Laval et Université du Québec, (Trois-Rivières, Rimouski, DEUOQ[1], Chicoutimi) offrent des programmes de certificat en nursing. Ces programmes sont destinés aux infirmières licenciées qui désirent se perfectionner et obtenir à plus long terme, c'est-à-dire après trois certificats, un baccalauréat en sciences infirmières. Ces programmes relèvent habituellement des services d'éducation permanente sauf à l'Université du Québec.

6,25,2 La problématique des sciences infirmières

Il est admis que la formation universitaire en nursing a d'abord été conçue pour former des enseignants pour les écoles d'infirmières et pour préparer à des fonctions administratives dans l'hôpital (direction du nursing, surveillance, etc.) et aussi à oeuvrer dans les organismes voués à la santé publique. Or, il semble que les bachelières en nursing considèrent maintenant ces rôles comme inadéquats et tentent de concevoir et de réaliser des rôles nouveaux pour les diplômés du premier cycle en sciences infirmières. L'enseignement au niveau du collégial constitue un débouché, car seulement 20% des professeurs de ce niveau détiennent un premier cycle universitaire en nursing. Il y a également un vacuum dans la recherche en nursing qui est pratiquement inexistante au Québec.

(1) DEUOQ: Direction des Etudes Universitaires dans l'Ouest du Québec.

TABLEAU 2

LE CORPS PROFESSORAL EN NURSING

SELON LES INSTITUTIONS D'ENSEIGNEMENT

Institutions	Nombre par classe		
	Professeurs réguliers	Chargés de cours	Total
Ecole des sciences infirmières Université Laval	18	1	19
Ecole de Nursing Université McGill	16	6	22
Faculté de Nursing Université de Montréal	21	13	34
Départements des Sciences de la Santé Université du Québec à Trois-Rivières	7	12	19

SOURCE: Université de Montréal. Annuaire de la Faculté de Nursing, 1972-1973 P.14

Université Laval. Annuaire des Sciences de la santé, 1973-1974,

Université McGill. School for Graduate Nurses - Calendar 1972-1973, P.3

Université du Québec à Trois-Rivières - Département des Sciences de la santé, 1973-1974

Cependant, c'est au niveau du soin au malade, qui constitue la raison d'être des infirmières, que les plus grand problèmes se posent. En effet, les infirmières diplômées d'université, désirant répondre aux nombreux et pressants besoins au niveau des soins primaires, et voulant revenir aux "sources", tentent de retourner auprès du patient. Cependant, ce sont surtout les infirmières diplômées des écoles traditionnelles et du CEGEP qui travaillent déjà à ce niveau. D'autre part, dès qu'il est question de diagnostic et de traitement du patient ambulant, l'infirmière entre dans un champ d'action habituellement réservé au médecin.

Enfin, qu'elles soient diplômées du CEGEP ou détentrices d'un baccalauréat en nursing les infirmiers et infirmières sont soumises aux mêmes exigences et examens par la corporation professionnelle et, de plus, les "conditions de travail" et de rémunération sont les mêmes pour toutes.

C'est dans cette conjoncture que s'effectue la démarche actuelle relativement à la définition d'un rôle "élargi" pour l'infirmière. C'est ainsi qu'on a développé les concepts d'infirmière clinicienne, de clinicienne de premier contact et de clinicienne des soins spécialisés comme rôles nouveaux dévolus à l'infirmière bachelière en nursing. Or, cette démarche encore à ses débuts, au Québec du moins, devra s'insérer dans un plan global de développement des sciences infirmières que déjà l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) s'est engagé à réaliser. D'autre part, ces rôles nouveaux devront tenir compte du problème un peu plus général qui comprend celui de l'assistance médicale et l'intégration à l'équipe de santé.

Par ailleurs, il existe certaines pratiques autonomes hors du milieu hospitalier, comme en gérontologie-gériatrie et en hygiène publique, où les infirmières universitaires seraient mieux utilisées. Ce type de nursing,

bien qu'émergent aux Etats-Unis et au Canada, est relativement encore inexistant au Québec.

Les programmes de certificats en nursing offerts par les universités posent le problème de l'éducation continue ainsi que celui de la définition du niveau universitaire ou collégial. Le fait que ces programmes relèvent des services d'éducation permanente plutôt que de l'enseignement régulier (sauf à l'Université du Québec) pose également un problème de contrôle pédagogique. Il faut finalement souligner les difficultés que soulèvent le choix, l'identification et l'organisation de milieux de stages adéquats pour les étudiants de baccalauréat en nursing.

Il faut se rappeler que les stages universitaires, destinés aux étudiants du baccalauréat en nursing, sont en fait des stages de niveau collégial. De plus, les infirmières de niveau universitaires et celles du niveau collégial recoivent la même rémunération au niveau des soins aux malades. Enfin, seulement 13% des 756 inscrits aux programmes universitaires de sciences infirmières au Québec sont des diplômés en techniques infirmières; en effet, seule l'Université du Québec (UQTR) admet uniquement des détenteurs d'un DEC en techniques infirmières dans son programme de baccalauréat en sciences infirmières.

Les exigences du "profil" sciences de la santé pour l'entrée dans le programme de formation universitaire, pose un problème; en effet, il exige des diplômées en techniques infirmières un recyclage trop onéreux. De plus, le profil d'admission "sciences de la santé" est particulièrement chargé du côté scientifique et sélectionne des étudiants sur des capacités autres que celles qu'on exigera des infirmières et infirmiers en exercice.

En résumé, l'ensemble de la problématique du nursing au niveau universitaire consiste à tenter de savoir à quels objectifs la formation universitaire doit répondre. Car toute cette question touche l'ensemble de l'assistance médicale et l'intégration à des équipes de soins de santé.

6.25.3 Les hypothèses de développement

La conjoncture actuelle permet d'envisager le développement du sous-secteur des sciences infirmières selon trois hypothèses, l'une étant basée sur le maintien de la situation actuelle, l'autre sur la possibilité d'un système mixte d'admission et enfin la troisième, sur une voie unique d'admission par le DEC professionnel.

6.25.3.1 Le maintien du modèle actuel

L'hypothèse du maintien de la situation actuelle consiste à permettre que se continue une formation à deux niveaux différents pour accéder à l'exercice d'une seule profession régie par une seule corporation professionnelle. Cela implique que les infirmières et infirmiers détenteurs d'un DEC en techniques infirmières auront un accès limité au baccalauréat en nursing. Cela veut également dire de permettre que le réseau de soins de santé continue à manquer de cadres infirmiers, et que le réseau d'enseignement collégial continue de présenter des carences sérieuses en termes de ressources professorales. C'est également poursuivre la discussion sur "le rôle élargi de l'infirmière" sans tenir compte des questions plus générales de l'assistance médicale et de l'intégration à l'équipe de soins.

6.25.3.2 Un système mixte d'admission

L'idée de base de cette hypothèse réside dans la possibilité qui serait offerte aux infirmières et infirmiers détenteurs d'un DEC professionnel d'être admis au programme de baccalauréat sans prérequis additionnel. Cette approche pourrait entraîner deux cheminements à l'intérieur du programme de baccalauréat, alors que les bachelières sans DEC professionnel s'orienteraient plutôt vers l'administration, l'enseignement et la recherche, pendant que les infirmières avec le DEC techniques infirmières se dirigeraient plutôt vers le rôle d'infirmière clinicienne.

6.25.3.3 La voie unique d'admission

Cette hypothèse est basée sur l'idée que la formation universitaire ne serait accessible qu'aux infirmiers et infirmières détenteurs d'un DEC en techniques infirmières.

Dans cette optique, les étudiants au baccalauréat en sciences infirmières viendraient chercher à l'université une formation additionnelle pour se préparer à occuper des postes au sein de l'administration, de l'enseignement au niveau collégial et de pratiquer comme infirmiers et infirmières cliniciens.

Il existe de plus en plus des secteurs importants d'activités, comme la gérontologie et la gériatrie, l'hygiène publique, scolaire et industrielle, qui pourraient utiliser un bon nombre de diplômés universitaires en sciences infirmières. Enfin, au niveau du soin direct aux malades, le rôle de l'infirmier et de l'infirmière universitaires se transformerait, de "soignant" qu'il est à celui de "clinicien(ne)", ce qui leur permettrait d'utiliser d'une façon plus efficace les connaissances, aptitudes et attitudes acquises par la formation dispensée au premier cycle en sciences infirmières.

6.25.4 Recommandations

Relativement à la formation universitaire en sciences infirmières, il est recommandé:

6.25.4.1 que les programmes de baccalauréat en nursing comportent les concentrations suivantes:

- *encadrement et administration;*
- *enseignement;*

et possiblement la concentration formation d'infirmières cliniciennes.

6.25.4.2 que les universités incitent les écoles et facultés de sciences infirmières à transformer leurs programmes actuels en programmes par objectifs comportant des stages pratiques reliés aux concentrations offertes.

Afin d'assurer une meilleure intégration entre les différentes catégories actuelles d'infirmières, il est recommandé:

6.25.4.3 que les universités acceptent dans les programmes de baccalauréat en sciences infirmières, après une période de pratique clinique, les candidats porteurs d'un DEC en techniques infirmières au même titre que les candidats détenteurs d'un DEC général.

Afin d'assurer la qualité de l'enseignement au niveau du premier cycle, il est recommandé:

6.25.4.4 que les universités et les établissements de santé engagent conjointement les moniteurs de stages dans le cadre du contrat d'affiliation.

Devant la nécessité de procéder à certaines expérimentations, il est recommandé:

6.25.4.5 que le ministère des Affaires sociales développe, à titre expérimental, un projet de structure d'accueil et une politique d'emploi pour les infirmiers (ières) cliniciens (nes) dans les établissements du réseau de santé.

6.25.4.6 que l'Office des professions, en collaboration avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et la Corporation professionnelle des médecins du Québec, étudie le problème de la délégation des actes et de la responsabilité professionnelle des infirmiers (ières) cliniciens (nes) intégrés (es) à ces programmes expérimentaux.

Dans l'optique d'un développement des études supérieures en sciences infirmières, il est recommandé:

6.25.4.7 que les programmes actuels de maîtrise soient maintenus et que soient prévus des possibilités d'option en administration, en clinique, en recherche opérationnelle et en éducation.

Compte tenu de l'évolution récente et du nombre actuel de programmes de certificats répondant à un besoin évident, il est recommandé:

6.25.4.8 que les programmes actuels de certificat en sciences infirmières soient tous intégrés à l'enseignement régulier des écoles et facultés de sciences infirmières.

6.26 LA RECHERCHE

6.26.0 Introduction

La recherche universitaire, dans le domaine des sciences de la santé, contribue aux objectifs de la société par l'élargissement du champ des connaissances, et permet de réaliser les désirs relatifs aux soins de haute qualité. D'autre part, les résultats obtenus au cours des vingt dernières années activent considérablement l'intérêt pour la recherche épidémiologique, la recherche opérationnelle et la recherche clinique. La recherche universitaire constitue cependant un atout très important dans la formation des professionnels de la santé ; les universités favorisent le contact constant de leurs étudiants avec les milieux et les disciplines de la recherche et tentent de les senbiliser aux avantages à retirer des résultats qu'elle a obtenus.

6.26.1 L'état des faits

L'état des faits concernant la formation des chercheurs dans le domaine de la santé au Québec est assez peu documenté. En revanche, la situation de la recherche bio-médicale, son importance, ses sources de financement, sa répartition entre les facultés de médecine des universités du Québec a fait l'objet de nombreuses études et documents. Le dernier dossier en date est celui d'AREQ (1 projet commandité par le Conseil des politiques scientifiques du Québec.

---

(1) AREQ: Analyse de la recherche au Québec.

6.26.1.1 Le système de la recherche

La recherche constitue un système "ouvert" en ce sens que n'importe lequel professeur ou professionnel peut s'y consacrer car il n'existe pas d'examen d'entrée ni de profil académique spécifique. Le seul véritable seuil à franchir est constitué par la possibilité d'obtenir des ressources financières et matérielles.

On a souvent tendance à assimiler etudes avancées de 2ième et 3ième cycles et programmes de formation de chercheurs. Mais on trouve rarement dans ces programmes d'etudes avancees un enseignement systématisé de la méthodologie de recherche même si l'orientation actuelle de ces programmes permet à l'etudiant de posseder de façon experte quelques techniques au sein d'une discipline spécifique. Une formation plus orientée vers la methodologie de la recherche, tout en étant naturellement approfondie dans la discipline concernée, aiderait le chercheur éventuel à s'adapter plus facilement à l'évolution de plus en plus rapide des domaines de recherche.

Une partie appréciable des chercheurs en santé au Québec sont nés et ont acquis leur formation de recherche à l'etranger. De plus, une partie des chercheurs nes au Quebec, ont aussi acquis une partie ou la totalité de leur formation à l'étranger ce qui constitue un avantage à conserver. Il y a également un certain nombre d'étudiants formes au Québec qui exerceront leurs activités de recherche à l'étranger.

Il existe un assez grand nombre de professionnels qui exercent des activités de recherche sans avoir éte preparés par des programmes structurés, l'experience dans un laboratoire de recherche y compensant parfois largement. Il y

a également des chercheurs formés dans d'autres secteurs que les sciences de la santé (économique, sociologie, etc) mais qui peuvent maintenant être considérés comme des chercheurs en sciences de la santé.

Les professionnels qui veulent se diriger vers la recherche entreprennent soit des études de 2ième et 3ième cycles, soit des stages où ils assisteront un chercheur déjà reconnu dans la poursuite de ses propres travaux. Durant ces années préparatoires, ces professionnels peuvent compter sur une bourse ou une certaine rémunération en tant qu'assistants dans un projet de recherche.

Peu de professionnels de la santé ou de professeurs exercent des activités de recherche à plein temps. Pour plusieurs d'entre eux, l'activité d'enseignement constitue la justification de leur rémunération de chercheur et d'autres exercent une activité professionnelle qui devient leur source principale de rémunération.

6.26.1.2 Professeurs, chercheurs, étudiants

L'état des faits sur la recherche bio-médicale au Québec ne suffit pas à nous renseigner sur la formation des chercheurs dans le domaine de la santé, et ne saurait non plus nous indiquer les tendances actuelles. Cependant, l'étude de la répartition des efforts de recherche entre les divers secteurs des sciences de la santé nous permettra d'établir une problématique assez complète du sujet.

Les données compilées pour l'année 1971-72 dans le Rapport Bonneau(1) établissaient à 793 le nombre de professeurs plein-temps des facultés de médecine du Québec. Pour la même année, le nombre des chercheurs subventionnés s'établissait à 571, et le nombre des étudiants en recherche à 761. D'autres statistiques, pour l'année 1972-73, établissaient à 314 le nombre des boursiers du Conseil de recherches médicales du Canada (futurs chercheurs) qui travaillent dans les facultés de médecine et les hôpitaux affiliés. Par ailleurs, i 312 subventions de recherche avaient été identifiées pour l'année 1972-73 dans le domaine des sciences de la santé.

Même si ces chiffres n'ont pas une valeur absolue, on peut tirer quelques faits intéressants en ce qui regarde la formation des chercheurs:

- un pourcentage important (72%) des professeurs plein-temps des facultés de médecine font une recherche qui est subventionnée (571 chercheurs et 793 professeurs);

---

(1) Rapport du Comité de la recherche scientifique, Pour une politique de la recherche en affaires sociales, Ministère des Affaires sociales, Québec 1974, graphique 1, page 52.

- pour 1 chercheur subventionné, on compte 1,33 étudiants en recherche (571 chercheurs et 761 étudiants);

- pour 1 chercheur subventionné, on compte environ 2 subventions de recherche (571 chercheurs et 1 312 subventions de recherche);

- le Conseil de recherches médicales du Canada (CRMC) fournit près de 41% des bourses aux étudiants de recherche (314 sur 761).

6.26.1.3 Dépenses de recherche

Pour l'année 1972-73, on a identifié 1 312 subventions de recherche dans les sciences de la santé, pour un total de $22 341 000. L'origine de cette somme est répartie de la façon suivante:

Origine des subventions[1]

$14,5 millions	(64,9%)	organismes canadiens
2,6	(11,8%)	Québec
3,7	(16,5%)	fondations et associations privées
1,5	(6,8%)	autres sources
22,3 millions	100,0%	

(1) Analyse de la recherche au Québec (AREQ), Conseil des politiques scientifiques, 1974, tableau 5, page 62.

Répartition des subventions[1]

La répartition est très inégale et la recherche bio-médicale reçoit de loin la plus grande part des subventions.

recherche bio-médicale	$16.9 millions (75,8%)	pré-clinique	$11,8 millions (52.9%)
		clinique	$ 5,1 millions (22,9%)
recherche socio-sanitaire	$ 2,5 millions (11,2%)	médico-sociale	$ 1,9 millions (8.5%)
		recherche opérationnelle	$ 0,6 millions (2,7%)
recherche technologique	$ 1,2 million (5,4%)		
recherche médecine vétérinaire	$ 0,2 million (0.9%)		
recherches diverses	$ 1,5 million (6,7%)		
	$22,3 millions 100,0%		

Une projection de l'importance de la recherche industrielle dans le domaine de la santé, à partir d'un certain nombre d'industries pharmaceutiques, indique que, pour l'année 1972-73, le volume de la recherche dans les industries pharmaceutiques s'établit à environ $22 millions, dont $21 millions pour une recherche intramuros, et $1 million pour des recherches commanditées et subventionnées dans les universités et hôpitaux.

---

(1) Rapport AREQ, op. cit., tableau 9, page 70.

En résumé, pour l'année 1972-73, on peut estimer comme suit les dépenses de recherche et développement dans le domaine de la santé[1]:

Universités			%
subventions de recherche	$22,3 millions		35,0
bourses	3,0 millions		4,7
frais indirects	20,0 millions		31,2
		$45,3 millions	70,9
Gouvernement du Québec			
Min. des Affaires sociales		1,1 million	1,7
Industries			
Industries pharmaceutiques		17,6 millions	27,4
		$64,0 millions	100,0

6.26.2 La problématique de la recherche

De l'état des faits qui précède, on peut tirer les données problématiques qui suivent:

6.26.2.1 L'effort de recherche relativement important dans le domaine de la santé au Québec totalisait en 1972-73 près de $64 millions, se répartissant comme suit: 1/3 dans l'industrie, 2/3 dans les universités et hôpitaux universitaires.

---

(1) Rapport AREQ, op. cit., tableau 22, page 104.

6.26.2.2 Si on accepte le postulat que la répartition des chercheurs dans le domaine des sciences de la santé suit de près la répartition de sommes consacrées à la recherche, on constate que:

- un peu moins du tiers des chercheurs des sciences de la santé se retrouvent dans l'industrie;

- le reste des chercheurs (66%) se répartit dans les laboratoires universitaires (surtout les facultés de médecine et les hôpitaux universitaires);

- le nombre des chercheurs dans les sciences de la santé qui oeuvrent dans les laboratoires gouvernementaux est négligeable.

6.26.2.3 Il se fait peu ou pas de recherche dans les sciences de la santé autres que la médecine et les sciences fondamentales s'y rattachant. La recherche est pratiquement absente dans les diverses facultés et écoles de la santé si l'on excepte la médecine. La recherche existe à un degré très marginal dans les facultés de médecine dentaire, de pharmacie et diététique. Elle est presque inexistante en nursing et dans les autres secteurs de la santé.

6.26.2.4 Comme il se fait peu de recherche dans les écoles et facultés professionnelles autres que la médecine, les futurs chercheurs provenant de toutes formations poursuivent leurs travaux de recherche et leur thèse habituellement dans les facultés de médecine ou les instituts où l'on fait de la recherche bio-médicale.

6.26.2.5 Plus de 75% des subventions de recherche dans les universités sont dans le domaine des sciences bio-médicales, et plus de la moitié (soit 52,9%) du total est consacrée à la recherche dans les sciences dites pré-cliniques. La recherche médico-sociale et opérationnelle est marginale (11,2% du total) si on la compare à l'ensemble de la recherche bio-médicale (75,8%) du total).

6.26.2.6 Par ailleurs, il est difficile d'identifier la voie de formation qu'ont suivie les divers chercheurs oeuvrant dans les sicences de la santé. La majorité d'entre eux ont été formes soit dans les facultés de médecine, soit dans les facultés des sciences et ils ont, après un premier diplôme (M.D., B.Sc., B. Pharm., D.D.S., D.M.V.), poursuivi des études en majorité dans les facultés de médecine et éventuellement une formation post-doctorale, dans les instituts de recherche bio-medicale, des laboratoires de facultés de médecine et des laboratoires d'hôpitaux universitaires.

6.26.2.7 Au niveau de la formation des chercheurs en sicences de la santé, il faudrait mentionner notamment:

- l'absence d'une véritable activité de formation au sein de certains programmes de 2ième et 3ième cycles ayant pour objectif la formation des chercheurs;

- l'inadéquation, en regard des objectifs et des besoins, des modes de distribution de bourses aux étudiants;

- le faible niveau de rémunération des chercheurs en voie de formation;

- l'absence d'une reconnaissance professionnelle de l'activité de recherche aussi explicite que celle des autres professionnels de la santé.

L'analyse des divers rapports qui ont été publies depuis les dernières cinq années indique de plus que:

6.26.2.8 quantitativement, l'effort de recherche dans les sciences bio-medicales dans chacune des institutions francophones du Québec est nettement inférieur à celui que l'on retrouve à McGill et dans les autres institutions du Canada;

Universite McGill	$10,4 millions	46,7%
Université Concordia	0,1	0,7
Université de Montréal	6,2	27,8
Universite Laval	2,2	9,7
Université de Sherbrooke	2,1	9,3
Université du Québec	1,1	4,7
Hôpitaux non-affiliés	0,2	1,1
	22,3	100,0

En résumé, la problematique pour la formation des chercheurs dans le domaine des sciences de la santé pourrait se résumer comme suit:

6.26.2.9 assurer la formation des chercheurs qui pourraient s'attaquer aux problèmes de recherche appliquee dans les sciences de la santé autres que la médecine;

6.26.2.10 assurer la formation de chercheurs dans les domaines socio-sanitaires jusqu'à présent négligés notamment en médecine sociale et préventive et en recherche opérationnelle;

6.26.2.11 compte tenu du retard des universités francophones, accroître le nombre de chercheurs dans le domaine des sciences bio-médicales, notamment en recherche clinique;

6.26.2.12 compte tenu de l'évolution pédagogique, il faudrait ré-examiner le mode de formation des chercheurs qui est différent, au niveau des objectifs, des moyens et des attitudes, de celui qui prévaut chez les autres professionnels de la santé.

6.26.3 Les hypothèses de développement

Il est difficile de parler de la formation du personnel de recherche dans le domaine de la santé, sans parler de la recherche elle-même. C'est l'etat de cette dernière qui conditionne en quelque sorte la formation en quantité et en qualité de son personnel.

Comme hypothèse de départ, on peut énumérer les points suivants:

6.26.3.1 Le développement de la recherche

i- La recherche dans le domaine de la santé est actuellement presque exclusivement orientée dans le domaine médical et des disciplines de base s'y rattachant. On devrait pouvoir susciter de la recherche dans les autres secteurs de la santé.

ii- Il faudrait développer davantage la recherche orientée et appliquée sans toutefois diminuer le support à la recherche fondamentale et libre.

iii- On devrait vouloir favoriser le développement de la recherche en sciences de la santé dans des disciplines, des institutions et des régions jusqu'alors négligées.

6.26.3.2 La formation des chercheurs

i- On devrait chercher à attirer en recherche les personnes les plus douées et les plus aptes à réussir dans cette carrière complexe. Il peut s'averer difficile d'y réussir compte tenu des postes disponibles pour faire de la recherche, de la rémunération qui y est attachée, des plans de carrière qu'on y trouve et des conditions financières qui prevalent lors de la période de formation.

ii- On doit pouvoir envisager la possibilité de former des chercheurs séniors à l'extérieur compte tenu de l'absence de certains types de spécialistes dans certains secteurs.

iii- Si des efforts remarquables ont eté faits depuis dix ans pour former le personnel technique de support à la recherche en santé (techniciens formés dans les CEGEP professionnels), on doit vouloir intensifier les efforts pour former les chercheurs séniors dans des secteurs faibles ou négligés.

iv- Si la recherche continue à évoluer aussi rapidement, il faudra intensifier les possibilités de mise à jour et s'assurer que la formation des chercheurs soit plus large, ouverte, et même techinique à l'intérieur de groupes à multiples facette ou d'autres milieux.

6.26.4 Recommandations

L'état des faits de la recherche dans le domaine de la santé au Québec, indique des inégalités très grandes entre les secteurs (médecine et autres secteurs), entre les disciplines (recherche opérationnelle et biochimie), entre les institutions et les régions. Au plan du développement de la recherche en sciences de la santé, il est donc recommandé:

6.26.4.1 que le gouvernement du Québec, notamment le ministère des Affaires sociales, établisse ses priorités dans le domaine de la recherche en sciences de la santé, et les fasse connaître;

6.26.4.2 qu'un mécanisme souple et efficace soit établi entre le ministère de l'Education et les autres ministères du Québec, en particulier le ministère des Affaires sociales, pour que les besoins dans le domaine de la recherche en sciences de la santé soient connus, évalués et que les budgets d'investissement, de fonctionnement et de formation nécessaires soient prévus;

6.26.4.3 que l'on s'efforce d'atténuer les disparités sectorielles, disciplinaires, institutionnelles dans le domaine de la recherche en sciences de la santé, en prévoyant dans le budget du Conseil de la recherche en santé du Québec (CRSQ), dans celui du Programme de formation de chercheurs et action concertées (FCAC) ou dans celui des institutions d'enseignement, des budgets importants de développement;

6.26.4.4 que l'on favorise la recherche socio-sanitaire, la recherche dans les sciences de la santé autres que bio-médicales, la recherche clinique, la recherche en pédagogie des sciences de la santé et la recherche sur l'évolution des sciences de la santé sans toutefois diminuer le support à la recherche fondamentale libre;

6.26.4.5 *que l'on envisage la possibilité de contrats ou de commandites publiques avec des équipes de chercheurs pour des recherches prioritaires et appliquées.*

Au plan de l'orientation, de l'organisation et de financement de la formation des chercheurs en sciences de la santé, il est recommandé:

6.26.4.6 *que, pour inciter les professionnels à acquérir une formation dans les domaines où il existe le plus grand besoin de chercheurs, on établisse, pour les étudiants , dans ces domaines, un système de bourses qui soit réaliste et pour les chercheurs, un plan de carrière qui soit alléchant;*

6.26.4.7 *que, pour tenir compte de l'évolution rapide de la recherche, les programmes de formation de chercheurs, soient axés davantage sur la formation plus que la spécialisation ou la technique;*

6.26.4.8 *que l'on prévoie des budgets pour des programmes de mise à jour à l'intention des professeurs et que ces programmes comprennent des années sabbatiques, des échanges et des visites de chercheurs;*

6.26.4.9 *que l'activité de recherche d'un professeur dans un programme de formation de chercheur, soit identifiée et considérée aux fins de rémunération, de promotion et de classification, de façon à ce que la recherche favorise sa carrière plutôt que ne la retarde;*

6.26.4.10 *que l'on élargisse le programme d'associé de recherche ou de professeurs-chercheurs, pour retribuer les chercheurs de carrière dans tous les secteurs, en vue d'en accroître le nombre dans les secteurs ou les institutions moins bien nanties;*

6.26.4.11 que soit facilité ou encouragé le regroupement des unités de recherche

6.26.4.12 que le ministère des Affaires sociales, dans le but de maintenir un haut niveau de qualité de la recherche clinique, continue de financer les coûts indirects de ce genre de recherche dans les hôpitaux.

7- L'EVOLUTION DANS LE DOMAINE DE LA SANTE

7.0 Introduction

L'évolution du système de santé dépend de plusieurs séries de facteurs qui s'enchevêtrent tantôt pour s'additionner tantôt pour s'annuler et la progression est la résultante nette de toutes ces influences. Il est possible de mentionner quelques-unes des principales données du problème pour esquisser un modèle: les pressions politiques reflétant les valeurs de la société, l'intérêt des universités à la promotion de la qualité de la vie et de la santé, le coût des systèmes et la conjoncture économique, le profil démographique, la participation des corporations professionnelles.

Chacun de ces paramètres du problème global comporte des inconnus très importants et il devient illusoire d'entreprendre des projections de besoins en professionnels de la santé sur des bases aussi peu certaines. Il est probablement plus raisonnable de choisir une direction, d'en dégager les étapes, d'opter pour une stratégie et de mettre en place des mécanismes qui favoriseront la progression dans la direction choisie.

Le rêve social de la santé gratuite pour tous ne peut se transformer en réalité sans une participation de chaque individu, et le passage de la "maladie gratuite pour tous" à une promotion active de la santé de chacun ne se fera pas sans un mouvement éducatif prolongé, autant auprès des professionnels de la santé que de la population en général.

7.1 Les choix sociaux: les valeurs de la société

Le droit à la santé est sûrement perçu par les québécois comme une priorité surtout quand il s'agit de maladie aigüe, d'hospitalisation et d'accès aux médecins. Les soins chroniques, l'hébergement des gens âgés, l'accès aux autres professionnels de la santé,ne sont pas encore réclamés avec autant d'appui. Un degré de satisfaction plus grand vis-à-vis le système et la scolarisation plus avancée de la population vont faire naître une conscience plus précise de besoins de "santé" par comparaison aux besoins de "maladie": on réclamera des centres locaux de services communautaires (CLSC), ou des cliniques communautaires adaptées aux besoins locaux, on insistera sur la création de centres d'accueil pour gens âgés dans tout le territoire, on tentera d'attirer hors les grands centres les professionnels de la santé pour garantir une meilleure qualité de soins à tous.

La vague de contestation étudiante des années 70 s'est diversifiée en courants d'action qui tendent à modifier la civilisation de consommation, urbaine et stressée: loisirs de participation, retour à la nature pour tous,intérêt renouvelé vers l'exercice physique, attention multipliée vis-à-vis l'alimentation, groupes de citoyens s'attaquant à des secteurs négligés comme le troisième âge, les toxicomanes, les handicapés physiques. Cet accent sur les facteurs positifs de santé fait suite à la prise en charge du secteur maladie par les systèmes gouvernementaux. Des pressions de plus en plus fortes seront faites auprès des autorités gouvernementales pour établir des programmes publics sur la nutrition dans les écoles, les activités de l'âge d'or, l'activité physique pour les employés sédentaires et sur la régie des médicaments.

Au total, la majorité très silencieuse des gens en santé va réclamer progressivement que les investissements budgétaires de l'état se fassent autant dans

la santé de la population que contre la maladie,(un rapport interne de la RAMQ, analyse d'un échantillon d'usagers, mentionne que 50% des coûts étaient occasionnés par 7% des bénéficiaires) et qu'il y ait un équilibre nouveau entre l'aspect prévention-promotion de la santé et l'aspect lutte contre la maladie.

Un changement important dans les habitudes de vie est lent à se produire et il est peu probable que les maladies dites de civilisation, occasionnées par la sédentarité, le stress, l'automobile, le tabac, l'alcool, diminuent dans les dix années qui viennent. L'éducation à la santé et les mesures de prévention, si on y investit un effort important dès maintenant, ne porteront fruit que dans dix ou vingt ans.

L'importance de la qualité de la vie est une caractéristique de la société affluente où le taux de natalité est faible, l'expectative de vie longue et les fléaux sociaux à la baisse. Cette attitude se reflétera dans l'attention croissante portée à la qualité de la santé. Ces accents nouveaux sur la qualité de la santé doivent trouver une correspondance dans les programmes de formation des professionnels de la santé: options de stages en milieu communautaire, initiation à la prévention, orientation des diplômés vers des champs de travail en dehors du milieu hospitalier.

Si la qualité de la santé devient une préoccupation populaire, l'acceptation des nouveaux rôles des professionnels de la santé et des nouveaux modes de distribution des services sera facilitée, de même que seront plus efficaces les efforts d'éducation et de prévention. L'évolution du système de santé vers

un réseau de services entièrement gratuits dépendra en grande partie du succès des différentes mesures sociales lancées par le gouvernement du Québec et des fluctuations de l'économie nord-américaine. Toutes ces initiatives, comme un réseau dentaire, un réseau pharmaceutique, un réseau d'établissements de garde et d'hébergement pour les gens âgés, un réseau de clubs de santé été-hiver, seront réalisées si elles sont socialement acceptables et économiquement possibles.

7.2 Les choix politiques: quelques considérations préalables

Evidemment cette option pour la promotion de la santé ne peut être prise sans un appui important, ouvert et prolongé de la part des organismes gouvernementaux. Car cette nouvelle direction vers la santé est une décision nettement politique (tel que nous l'indique le Rapport Lalonde) qui doit commencer à se transformer en lois, règlements et programmes d'action.

La planification de la formation universitaire des futurs professionnels de la santé est illusoire sans une connaissance fonctionnelle des vecteurs de développement du réseau relevant du ministère des Affaires sociales.

Il est déjà clair que les autorités du ministère mettent un accent sur le développement de l'aspect communauraire et préventif du réseau d'établissements de soins. Mais cette option représente plutôt le rétablissement de l'équilibre du réseau qu'une orientation nouvelle de la philosophie du ministère des Affaires sociales.

Avec une certaine sagesse, celui-ci a amélioré l'accès à la santé sans modifier le cadre de référence du modèle médical prédominant. Le plan proposé par la Commission Castonguay n'est pas encore passé de la maladie gratuite à la santé garantie.

Il ne faut pas se méprendre: l'extension de la couverture de la RAMQ aux prothèses, aux soins dentaires et peut-être aux médicaments et à la physiothérapie sont des pas logiques à accomplir; mais ces mesures demeurent dans l'axe traditionnel de la Régie de l'assurance-maladie (RAMQ) comme tiers-payant dans un système professionnel classique. Et l'assurance en question demeure une assurance-maladie!

Si les gouvernants en viennent à opter pour un concept d'assurance-santé, avec une composante majeure de promotion de la santé, il est possible que l'ensemble du réseau devra être modifié considérablement,que les professionnels de la santé seront recrutés dans des proportions différentes et, point très important, que leur formation universitaire devra mieux les préparer à ce nouveau rôle. Dans un système où la santé à l'école et au travail revêtent autant d'importance que les soins intensifs et la neuro-chirurgie,il devient évident que les choix budgétaires, la rémunération des professionnels, les stages cliniques, etc.,seront assez différents des modes actuels.

7,3 Les choix universitaires

7,3,1 Le rôle de l'université

Une orientation nouvelle du réseau de formation, se matérialise concrètement dans un délai de cinq à dix ans si elle est coordonnée à un effort de recherche opérationnelle et supportée par un financement tactique. Pour plusieurs observateurs, l'évolution du réseau de soins vers la santé passe par l'université. En effet, l'expérimentation de nouveaux modes de pratique, la mise au point de techniques d'intervention pour inciter chaque individu à augmenter son capital-santé, la mesure des indices de santé et l'évaluation des programmes

mis en place sont des tâches souvent confiées à des universitaires. Un effet d'entrainement sur les programmes de formation autant au niveau universitaire que collégial se produit lorsque les milieux de formation pratique démontrent les avantages du changement proposé. Par la suite, les jeunes professionnels, formés à cette nouvelle approche, l'incorporent à leur activité quotidienne et modifient progressivement l'image globale.

La responsabilité de l'université est encore plus grande si l'on considère que l'option de la promotion de la santé ne sera pas mise en place uniquement par les gens qualifiés de "professionnels de la santé" en 1975. Ce sera également l'objectif des professionnels de la nutrition, de l'activité physique, de la psychologie, des loisirs, de la sécurité au travail et de l'environnement. Ces professionnels, au lieu de participer à la périphérie du réseau "de maladie", devront créer un pôle majeur dit "de santé" en parallèle ou, au mieux, intégré en partie au réseau actuel. Les initiatives et la force vectorielle de développement en ce sens peut venir de l'université qui regroupe toutes ces disciplines et peut démontrer ainsi la valeur de leur travail d'ensemble.

Ce mode d'évolution dans le domaine de la santé, mode qui s'ajoute à plusieurs autres en dehors de l'université, est lié à l'acceptation par chaque université d'un rôle d'agent de changement majeur, d'une implication dans la réalité sociale et d'une pertinence de l'enseignement vis-à-vis la pratique professionnelle de demain. Cela ne veut pas dire la prise en charge du réseau de soins par l'université, mais plutôt, la modification ou la création des milieux stimulants de formation pour ouvrir de nouvelles perspectives aux futurs professionnels, introduire de nouveaux participants aux équipes de soin et enfin pour évaluer l'impact d'un projet.

7,3,2 Les universitaires et l'avenir

Au-delà de l'obligation contractuelle de préparer les étudiants à une carrière professionnelle en santé, les universitaires ont aussi la responsabilité de prévoir l'avenir et de chercher des solutions aux problèmes scientifiques et opérationnels dans le domaine de la santé.

Sans attendre les choix politiques, chaque universitaire peut développer des concepts et des projets, les démontrer, publier et propager les résultats de ses travaux et former des étudiants à ses nouvelles techniques. Dans le domaine de la distribution des soins et dans le secteur de la promotion de la santé, les universitaires peuvent être des précurseurs, comme ils l'ont été dans le secteur de la science bio-médicale. L'effort conjugué des différents groupes actifs peut créer dans certains milieux propices une image réelle, dix ans avant le temps, du réseau de santé de demain. Proposer et tester des modèles, initier les étudiants, démontrer les avantages des méthodes nouvelles, voilà autant de possibilités ouvertes aux innovateurs, et qui sont propres à transformer la formation des étudiants et à éviter le piège de l'auto-replication professionnelle.

La liberté des universitaires peut devenir un atout majeur dans l'innovation en santé et ouvrir des voies nouvelles sans engager les autorités gouvernementales. En effet, celles-ci demeurent libres de choisir parmi ces "expériences" celles qui concordent avec les besoins politiques du moment. De plus ces "expériences" peuvent définir d'autres modèles de fonctionnement professionnel ou interprofessionnel sans dogmatisme ni affrontement. Après avoir été un laboratoire scientifique, le milieu universitaire peut devenir un laboratoire opérationnel et professionnel; peut-être aussi un laboratoire idéologique pour progresser du concept maladie au concept santé.

Par la réalisation anticipée de différentes facettes du monde futur de la santé les universitaires participeront aux choix politiques et éventuellement ils pourront les infléchir.

7,4 Le rôle des organismes gouvernementaux

L'accélération de l'évolution peut profiter de deux lignes de force principales qui sont, d'un côté, l'université avec sa capacité de recherche, d'innovation et de regroupement d'experts et de l'autre, le gouvernement, et principalement les ministères des Affaires sociales et de l'Education, avec leur capacité de forger des politiques, de généraliser des innovations à la grandeur du réseau d'établissements et d'établir des normes de qualité.

Pour progresser vers une telle option, le ministère des Affaires sociales devra indiquer à l'avance ses intentions de planificateur et ses exigences d'employeur, et enclencher le processus éducatif nécessaire pour préparer les professionnels. Plus le changement de direction s'avèrera important, même s'il doit se réaliser par étapes, plus les éducateurs devront modifier profondément et le type de formation et les proportions des cohortes d'étudiants des différents programmes de formation universitaire en sciences de la santé.

Le ministère des Affaires sociales pourra identifier des programmes spécifiques de promotion de la santé dans l'industrie, les écoles, chez les employés sédentaires et les gens âgés, et les distinguer des programmes habituels de soins curatifs aigus ou chroniques.

Pour sa part, le ministère de l'Education aura à soutenir et à orienter les efforts universitaires et à adapter les programmes de formation aux objectifs nouveaux en autant que ces objectifs seront présentés et adoptés par les autorités gouvernementales.

Enfin, le gouvernement peut faire avancer l'idée de la promotion de la santé en favorisant l'éclosion, dans ses propres services et chez ses employés, de groupes intéressés à cette activité et qui indiquent les tendances à suivre et qui produisent un effet d'entrainement sur la population.

7.5 Les choix professionnels

La prise en charge de la formation continue et du maintien de la compétence par les corporations professionnelles peut accélérer l'évolution du monde de la santé et permettre aux professionnels en pratique de s'adapter plus rapidement aux situations nouvelles créées par les options politiques. Depuis la promulgation du Code des professions, il est clair que les corporations professionnelles vont se préoccuper davantage de la promotion de la qualité des services rendus que de la défense des privilèges acquis.

Il est particulièrement important que les corporations professionnelles échappent à la tentation trop facile de se confiner à la mise à jour des connaissances. Elles doivent s'attaquer à l'évaluation continue et à l'amélioration de la compétence de leurs membres et dépasser la transmission du savoir pour s'intéresser à la pédagogie du savoir-faire.

Les modes de collaboration avec les autres professions, la délégation de tâches à d'autres professionnels sont des champs difficiles où les corporations professionnelles peuvent exercer un leadership. Encore là, la démonstration dans des milieux d'enseignement, avec professeurs, étudiants et praticiens, est une façon unique de réaliser à une échelle réduite des modèles pour demain. Les Comités conjoints corporation professionnelle-universités seront des tables de discussion privilégiées pour amorcer ces tentatives.

La collaboration entre la corporation professionnelle et l'université, après une période de rodage et de rattrapage, pourra produire des retombées intéressantes pour la revision du curriculum du premier cycle et sur l'agencement des stages pratiques, alors que le processus éducationnel sera vu comme un continuum pour tous, l'université étant assurée que ses diplômés reviendront régulièrement. Par ailleurs, les corporations professionnelles, présentes aux différentes étapes de la formation, seront plus en mesure d'évaluer le maintien de la compétence.

Par contre, les corporations professionnelles seront amenées à s'insérer dans le processus éducatif et à participer à la définition d'objectifs et de normes pédagogiques. C'est donc dire qu'elles devront modifier sensiblement leurs conceptions et leurs modes d'actions actuels afin d'être en mesure d'assumer ces nouvelles responsabilités.

Les corporations professionnelles du domaine de la santé pourront jouer pleinement leur rôle de protection du public en incitant leurs membres, par le biais de la formation permanente, à participer au mouvement vers la santé dans leur travail auprès des usagers, dans leur collaboration avec les autres professionnels, dans les établissements du réseau et dans les industries, écoles et foyers de leur localité.

Enfin, les modes de rémunération des différents professionnels de la santé semblent fixés dans des traditions limitantes et un effort de renouvellement des concepts et habitudes faciliterait sûrement la création d'équipes de soins et la réalisation de missions de santé.

7.6 Les choix économiques: le coût des systèmes

La croissance des coûts en santé dépasse de beaucoup celle du produit national brut et les gouvernements se sont efforcés de limiter cette courbe qui mettait en danger la mise en marche de nouvelles mesures de santé et bien-être. Comme un gouvernement ne peut investir en santé qu'une partie donnée de ses ressources, l'extension des mesures publiques dépendra étroitement du coût du système. L'assurance-médicaments, l'assurance-dentaire, l'accroissement du réseau d'accueil et d'hébergement, les programmes d'activité physique contrôlée ne seront mis en place qu'à la condition évidente que l'assurance-hospitalisation et l'assurance-maladie connaissent un plateau budgétaire.

Dans une planification à moyen terme, les ressources financières sont capitales pour l'orientation des programmes de formation universitaire afin de déterminer quel nombre et quel type de professionnels le système de santé pourra absorber. Dans une planification à long terme, une option "philosophique" vers la santé aura plus d'influence sur le contenu des programmes de formation et les choix de carrière des étudiants.

La recherche d'alternatives et l'expérimentation contrôlée de nouveaux modes de pratique peuvent représenter la participation universitaire à cette planification en vue de briser la spirale des coûts des soins aigus en milieu hospitalier. Le système hospitalier, en plus d'engouffrer une part très importante de l'enveloppe, devient le milieu de formation privilégiée qui influence très fortement le choix de carrière futur dans ce milieu d'experts entourés des avantages de support personnel et technologique exceptionnels. Tactiquement, pour élargir l'éventail de choix des futurs professionnels, il est nécessaire que leur formation pratique comprenne aussi des stages en milieu ambulatoire, communautaire, et autant que possible en équipe.

Pour être en mesure de choisir des options moins coûteuses au niveau du réseau de santé et d'étendre les services, il est impérieux de créer des modèles d'alternatives qui auront une mission de démonstration autant auprès des commanditaires du ministère des Affaires sociales qu'auprès des étudiants.

Paradoxalement, le coût du système de santé va évoluer de façon satisfaisante si l'on investit judicieusement dans la formation des étudiants universitaires à des modes nouveaux de soin et de santé. Il est probable que les professionnels formés aux nouveaux concepts de santé vont influencer autant l'orientation du système et son financement que les directives gouvernementales sur la limitation des coûts.

L'ÉDITEUR OFFICIEL DU QUÉBEC
SERVICE DE LA REPROGRAPHIE
Octobre 1976